



FACULTAD DE PSICOLOGÍA, MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ONLINE BASADO EN
TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN ESTUDIANTES QUE
PRESENTAN PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO.**

Bryan Camilo Aragón Sotelo

Dirigida por: Juan Camilo Vargas Nieto

Bogotá, D.C.

2020

FR-PD-P-512

Versión 2.0

Página 1 de 1

Acta Sustentación Tesis de Maestría



Ciudad: Bogotá, D.C.

Fecha: 13 de febrero de 2020

Hora: 02:00 P.M.

Lugar: Edificio EDI

Salón 202

Por medio de la presente acta de sustentación de tesis de maestría se certifica que el (la) estudiante **BRYAN CAMILO ARAGÓN SOTELO**, con código estudiantil **911181011**, sustentó públicamente la tesis de grado titulada **"EFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ONLINE BASADO EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN ESTUDIANTES QUE PRESENTAN PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO"**.

Los jurados decidieron otorgar la siguiente calificación para la sustentación:

Aprobada ☒

Reprobada ☐

La calificación promedio de las evaluaciones del documento final de tesis fue de 47 en una escala de 0 a 50.

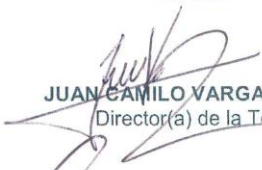
El jurado calificador sugiere que se realicen las siguientes correcciones al documento final:

En constancia firman:


FRANCISCO JOSE RUIZ JIMENEZ
Jurado


DENIS ROBERTO ZAMIGNANI
Jurado


ROBINSON MONTOYA CARDONA
Director Posgrados Psicología Clínica


JUAN CAMILO VARGAS NIETO
Director(a) de la Tesis


VANESSA SÁNCHEZ MENDOZA
Directora Centro de Investigaciones de Psicología

Bogotá, D.C., 21 de abril de 2020

Señor
BRYAN CAMILO ARAGÓN SOTELO
Código: 911181011
Programa de Maestría en Psicología Clínica
Ciudad

Apreciado señor Aragón:

Me permito informarle que, el Consejo Académico de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, en sesión realizada el día 16 de abril de 2020, estudió la solicitud motivada y unánime del Jurado calificador y decidió otorgarle la **Mención de Meritoria** a su Tesis de Grado de Maestría Titulada: **"Efectos de un programa de intervención online basado en terapia de aceptación y compromiso (ACT) en estudiantes que presentan pensamiento negativo repetitivo"**, con la cual opta al título de Magíster en Psicología Clínica.

Queremos expresarle una especial felicitación por este importante reconocimiento.

Cordialmente,


ALDO HERNÁNDEZ BARRIOS
Vicerrector Académico
Presidió el Consejo Académico
PILAR VEGA RIAÑO
Decana Escuela de Posgrados (e)

C.C. Hoja de Vida. 911181011

Agradezco a:

A algunas personas y colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por todo su apoyo y buena voluntad. A mis padres que fueron una constante en este proceso y a mi tutor, Juan Camilo Vargas, por haberme impulsado a continuar.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen, 1

Abstract, 2

Referente Teórico y Empírico, 3

Aspectos metodológicos, 17

 Problema de investigación, 17

 Justificación, 17

 Objetivos, 19

 Objetivo general, 19

 Objetivos específicos, 19

 Variables, 19

 Variables dependientes, 19

 Variable independiente, 22

 Hipótesis experimentales, 22

Método, 23

 Participantes, 23

 Diseño, 27

 Instrumentos, 28

 Procedimiento, 31

 Plan de análisis de datos, 35

Resultados, 36

Discusión, 41

Consideraciones éticas, 44

Referencias, 46

Anexos, 58

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 – Datos sociodemográficos de la muestra	25
TABLA 2 – Contenido del programa ACT Training	33
TABLA 3 – Medias, desviaciones estándar, estadísticos para muestras relacionadas, resultados de ANOVA de medidas repetidas y tamaño del efecto d de Cohen entre grupos	40

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Diagrama de flujo de los participantes	24
FIGURA 2 – Visitas dadas de la aplicación ACT Training.	27

LISTA DE ABREVIATURAS

ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
IACT	Terapia de Aceptación y Compromiso vía Internet
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNR	Pensamiento Negativo Repetitivo
RCT	Ensayos controlados aleatorizados
RFT	Teoría de Marcos Relacionales
TAU	Tratamiento habitual
WLC	Grupo en lista de espera

Resumen

Según investigaciones recientes, el pensamiento negativo repetitivo (PNR) es una característica recurrente en el curso de diferentes psicopatologías que puede ser tratado por medio de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Por tanto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de un protocolo de 6 semanas de ACT, aplicado a través de tecnologías multiplataforma, sobre síntomas emocionales, la flexibilidad psicológica y el PNR en estudiantes universitarios. Los participantes evaluados (N=91), fueron asignados aleatoriamente a un programa de terapia vía internet (iACT, n=46) o a un grupo en lista de espera (WLC, n=45). El análisis estadístico evidenció diferencias significativas entre los grupos iACT y WLC, así mismo los tamaños de efectos estimados para estas medidas fueron de medios a altos. Se concluye que la Terapia de Aceptación y Compromiso administrada por Internet tiene efectos para el tratamiento del PNR, síntomas emocionales y mejoras en los procesos ACT.

Palabras Claves: Terapia de aceptación y compromiso, terapia administrada por internet, síntomas emocionales, flexibilidad psicológica, pensamiento negativo repetitivo.

Abstract

According to recent research, repetitive negative thinking (PNR) is a recurring feature in the course of different psychopathologies that can be treated through Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Therefore, the present study aimed to evaluate the effects of a 6-week ACT protocol, applied through cross-platform technologies, on emotional symptoms, psychological flexibility, and PNR in university students. The participants evaluated (N = 91) were randomly assigned to an online therapy program (iACT, n = 46) or to a waiting list group (WLC, n = 45). The statistical analysis showed significant differences between the iACT and WLC groups, and the estimated effect sizes for these measures were medium to high. It is concluded that Acceptance and Commitment Therapy administered by the Internet has effects for the treatment of PNR, emotional symptoms and improvements in ACT processes.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, internet-administered therapy, emotional symptoms, psychological flexibility, repetitive negative thinking.

Efectos de un programa de intervención online basado en terapia de aceptación y compromiso (ACT) en estudiantes que presentan pensamiento negativo repetitivo

Salud Mental y Prevalencia de Trastornos Emocionales

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este término es comprendido como un estado de bienestar que presenta el individuo, en el que puede enfrentar situaciones de estrés cotidiano, trabajar funcionalmente y contribuir a su comunidad, sin algún tipo de alteración significativa. Así mismo, la salud mental se constituye como la base del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018).

Según Gómez-Restrepo et al. (2016), en población colombiana los trastornos mentales tienen una prevalencia de al menos una vez en la vida de un 10.1% en personas entre los 18 a 44 años y el 7.7% en mayores de 45 años. En correspondencia, de las personas que han sufrido algún trastorno mental, el 17.6% presentan más de dos trastornos en adelante, siendo la población femenina la que presenta mayores índices de frecuencia esta comorbilidad. El trastorno depresivo mayor, es el más frecuente en comparación con los demás trastornos, con un porcentaje de 4.3%, seguido por trastornos de ansiedad en un 3.9 %. Algunos de los factores que incrementan el riesgo de sufrir alguna clase de trastorno, son variables contextuales como estar separado, viudo o divorciado; variables individuales como intentos de suicidios previos y rasgos de personalidad limítrofe.

Síntomas emocionales

La depresión es un estado de ánimo en el que el individuo está constantemente triste, acompañado por la reducción de determinados tipos de actividad y por el incremento de otras

conductas como la de huida y la evitación debido a la obtención de menores tasas de recompensa o reforzamiento asociado a sus actividades (Ferster, 1974). Dentro de los síntomas físicos de la depresión se encuentra la dificultad para conciliar el sueño, fatiga, falta de apetito, disminución en el deseo sexual, o signos corporales en distintas zonas como cefaleas, dolores estomacales o vómito (Vázquez & Sanz, 2009). También es frecuente en términos cognitivos los procesos automáticos de rumia, donde las personas cuestionan repetitivamente la situación pasada y actual de alguna problemática (Nolen-Hoeksema, 2000).

Por su parte, la ansiedad es un estado emocional que presenta repercusiones en los canales de respuesta subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual (Lang, 1985). El componente subjetivo-cognitivo está vinculado con pensamientos negativos, preocupación y la alarma, que involucra la evaluación cognitiva que se hace acerca de estímulos que se perciben como amenazadores (Lazarus & Folkman, 1986). El componente fisiológico-somático corresponde a lo biológico, manifestado en el incremento de la actividad en el sistema nervioso autónomo, presentándose cambios característicos como sudoración, dilatación pupilar, aumento de la tensión muscular, aumento en el ritmo cardiaco, respiratorio y salivación. Generalmente esto sucede cuando se percibe poco o nulo control de las situaciones orientadas al futuro (Barlow, 2002). El componente motor-conductual, se refiere a lo observable conductualmente (expresión facial, movimientos o posturas corporales) dando gran importancia a las respuestas de evitación, escape o huida (Sandín & Chorot, 2009). Estas sensaciones físicas y psicológicas suelen ser temporales y percibidas con un alto índice de malestar, de tal manera que advierte al individuo ante el peligro o señales de amenaza, lo que explica su funcionalidad como parte de una herramienta biológico-adaptativa (Sandín & Chorot, 2009).

Así mismo, el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el individuo en situaciones de alta demanda, que se caracteriza por tres etapas como la alarma, resistencia y agotamiento (Melgosa, 1995). Se ha encontrado en diversos estudios las implicaciones que tiene el estrés sobre marcadores biológicos, por ejemplo, en algunos estudios evidencian asociación entre niveles de estrés y el ritmo cardiaco (Barnes, Davis, & Treiber, 2007; Hatzenbuehler, Slopen, & McLaughlin, 2014). En cuanto a la activación del Eje hipotalámico-hipófiso-adrenal se encuentra asociación relacionada a diferentes tipos de estrés (Almeida, McGonagle, & King, 2009; Barrington et al., 2014; Ewert & Chang, 2018; McGregor, Murphy, Albano, & Ceballos, 2016; Robles et al., 2011; Van Holland et al., 2012). Finalmente, los estudios relacionados a marcadores inflamatorios o respuesta inmune refieren que estos biomarcadores interactúan con la respuesta al estrés (Gouin, Glaser, Malarkey, Beversdorf, & Kiecolt-Glaser, 2012; Low, Matthews, & Hall, 2013; Schreier & Chen, 2017; Sin, Graham-Engeland, Ong, & Almeida, 2015). Por lo que la respuesta a estos biomarcadores inducidas por el estrés puede tener implicaciones para la salud futura de las personas.

Aunque como se ha visto hasta aquí, en términos conceptuales la depresión, la ansiedad y el estrés son muy diferentes, la correlación clínica, así como los tratamientos unificados o transdiagnósticos para estas condiciones ha sido un tema de interés para la psicología clínica (Frank & Davidson, 2014).

Población universitaria y síntomas emocionales

Durante los periodos de evaluación, los estudiantes presentan altos indicadores de desórdenes emocionales, reportando sentirse amenazados por ejemplo frente a situaciones de evaluación (Rosario, et al., 2008; Conde, 2004). Así mismo, la gran mayoría de estudiantes están expuestos a condiciones psicosociales como: dificultades personales, presión familiar,

competitividad, problemas económicos, riesgo de consumo de sustancias, temor a no lograr las expectativas, problemas de pareja, diferencias culturales, entre otras (Pinzón, 2014). Por tanto, esta es una población de interés clínico debido a la vulnerabilidad que presenta frente al desarrollo de trastornos emocionales y conductas de riesgo (Maes & Lievens, 2003).

Pensamiento negativo repetitivo

De acuerdo con Frank y Davidson (2014) el pensamiento negativo repetitivo (PNR) está compuesto por componentes específicos como la preocupación y la rumia, los cuales se relacionan con la forma, pero no con el contenido de los pensamientos.

De acuerdo con la teoría de los estilos de respuesta, la rumia es una forma de respuesta a la angustia, que implica enfocarse en sus síntomas, causas y consecuencias de manera repetitiva e inactiva. Se dice que es inactiva, debido a que permanece focalizada en el problema y sin generar una solución para el mismo. Por su parte, la preocupación que tiende a estar dirigida al futuro y se enfoca en las amenazas que pueden acontecer pero que aún no han ocurrido, de tal manera que, aunque los dos conceptos se pueden relacionar en mecanismos transdiagnósticos, la preocupación temporalmente presenta característicamente un foco de atención hacia el futuro, mientras que la rumia está más orientada hacia el pasado y el presente (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

Por su parte, Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998) definen la preocupación como proceso cognitivo común relacionado a problemáticas de ansiedad, caracterizada por una cadena de pensamientos e imágenes, con contenido negativo e incontrolable asociado con una búsqueda de solución de problemas que se da previa al conocimiento de las consecuencias reales de los resultados previstos en situaciones de poco control (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). El motivo consciente de la preocupación podría estar relacionado con la necesidad de

anticipar y preparar al individuo para la amenaza, mientras que la motivación fundamental de la rumia resultaría debido al interés por comprender significados profundos de los eventos, obtener información y resolver problemas (Nolen-Hoeksema, et al., 2008).

Así mismo, como sugiere el estudio de Ruiz, Riaño Hernández, Suárez Falcón y Luciano (2016) tanto la rumia como la preocupación son frecuentemente usadas como formas de evitación experiencial, apareciendo inicialmente como una estrategia de solución de problema infructuosa. Estos dos procesos se relacionan directamente con la exacerbación de síntomas asociados a depresión (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon et al., 2007), ansiedad (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Kashdan & Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000), abuso de alcohol (Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002); atracones y síntomas relacionados con la bulimia nerviosa (Nolen-Hoeksema, et al., 2007); abuso de sustancias (Cooper, Russell, & George, 1988; Nolen-Hoeksema, et al., 2007); conductas autolesivas (Nock & Prinstein, 2004); trastorno de estrés post-traumático (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), entre otros problemas psicológicos importantes.

Algunos factores que pueden explicar el mantenimiento de la rumia son las mejorías que perciben los individuos en su estado de ánimo relacionado a las cogniciones cuando se logra una comprensión mayor de circunstancias actuales. Sin embargo, este proceso a su vez interfiere en la solución de problemas retroalimentando el pensamiento negativo y bloqueando el comportamiento efectivo (Nolen-Hoeksema, et al., 2008).

Fundamentos de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una derivación terapéutica del contextualismo funcional y la teoría de marcos relacionales (RFT por sus siglas en inglés), las

cuales buscan comprender las diferentes problemáticas que conciernen al ser humano. ACT pretende ayudar a quienes están sufriendo, mediante el desarrollo de una práctica de la psicología que sea más respetuosa con el desafío que implica la humanidad (Egúsquiza-Vásquez, 2015; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). ACT tiene un énfasis fundamental en orientar a las personas para que tengan una vida valiosa, es decir comportamientos dirigidos a reforzadores simbólicos. Esto es coherente con la manera en la que se “normalizan” las respuestas conductuales o eventos privados desde la filosofía del contextualismo funcional, enfatizando la importancia de la acción dirigida al beneficio de las personas, y no en la búsqueda continua hacia la reducción de los síntomas o la enfermedad (Wilson & Luciano, 2002). Por tanto, dispone como pilar fundamental para la conceptualización de la psicopatología humana, la inflexibilidad psicológica, comprendida como un proceso transdiagnóstico unificado que incluye la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la ausencia o debilitamiento de los valores y la rigidez e ineficacia conductual (Egúsquiza-Vásquez, 2015; Wilson & Luciano, 2002). De esta manera, los problemas psicológicos se conceptualizan como parte del Trastorno de Evitación Experiencial (Pérez, 2002) o como parte de un modelo de inflexibilidad psicológica (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes, & Bond, 2016).

La flexibilidad psicológica se entiende como la capacidad de percibir y reaccionar a la conducta privada y pública con el objetivo de lograr alternativas que lo lleven a acciones valiosas. Esto implica estar en capacidad de responder desde un marco jerárquico con el “yo” deíctico, permitiendo así la reducción de funciones de control o discriminativas de los eventos privados y otorgar respuestas relacionales a funciones apetitivas o valiosas que lleven a comportamientos eficaces y beneficiosos (Luciano, Valdivia Salas, Cabello, & Hernández, 2009; Törneke, et al., 2016). En otras palabras, la flexibilidad psicológica es la capacidad de estar en el

momento presente, consciente de las experiencias privadas (como pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc.) y comprometido con objetivos valiosos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Estos procesos se reflejarán en un conjunto de habilidades y estrategias básicas de la terapia que son presentadas al consultante con el objetivo de ampliar su repertorio conductual para percibir y reaccionar frente a sus pensamientos, sentimientos y otras conductas, y así generar nuevas funciones y comportamientos efectivos dentro del contexto dado. Para tal fin Törneke, et al. (2016) plantea tres estrategias útiles para moldear la flexibilidad psicológica:

1. Ayudar al consultante a discriminar entre la clase de respuesta (Respuesta en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos privados) y a derivar tracks sobre las consecuencias problemáticas que está obteniendo.
2. Ayudar al consultante a discriminar sus propias respuestas al enmarcarlas en jerarquía con el deíctico Yo.
3. Ayudar al consultante a desarrollar un repertorio alternativo en una forma que le permita contactar y actuar en coordinación con funciones apetitivas.

Por tanto, ACT se enfoca en proveer las condiciones para que el comportamiento de los sujetos quede enmarcado de manera flexible y con perspectiva respecto de los procesos verbales (Luciano, et al., 2009; Wilson & Luciano, 2002).

ACT como tratamiento para desordenes emocionales y PNR

Según la Association for Contextual Behavioral Science (2019) existen más de 327 investigaciones de ensayos clínicos aleatorizados, que reportan importantes niveles de eficacia respecto a la aplicación del modelo unificado basado en flexibilidad psicológica de ACT sobre problemas como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, estrés,

tabaquismo, problemas académicos, estigma, autolesiones, entre otros, concluyendo que ésta es una terapia flexible que se ajusta adecuadamente a los contextos y características de los consultantes. Así mismo, en estudios comparados, los tratamientos basados en ACT han conseguido indicios de igual o mayor efectividad frente a los grupos controles y tratamientos cognitivo-conductuales clásicos, permitiendo lograr que los clientes encaminen sus vidas hacia direcciones valiosas y disminuir los índices de recaídas (Ruiz, 2010).

De manera específica, los estudios que han enfatizado el tratamiento de PNR como objeto central de los protocolos de ACT han resultado eficaces para el tratamiento de la rumia y la preocupación. Por ejemplo, Ruiz et al. (2016) analizó mediante el diseño de línea base aleatorizado múltiple de dos brazos el efecto de un protocolo de ACT de una sola sesión para reducir el pensamiento negativo repetitivo en 11 participantes, encontrando que todos los participantes presentaron mejorías en al menos una de las cuatro medidas relacionadas a PNR, además de encontrar beneficios a largo plazo en etapas de seguimiento.

Posteriormente, Ruiz et al. (2018), elaboraron un protocolo de ACT de dos sesiones para reducir el PNR en 10 participantes que presentaban desórdenes emocionales con síntomas moderados y severos. En este diseño de línea de base múltiple no concurrente se encontró un tamaño de efecto grande en etapas de intervención en síntomas emocionales ($d = 2.44$ y 2.68), preocupación patológica ($d = 3.14$), evitación experiencial ($d = 1.32$), fusión cognitiva ($d = 2.01$), pensamiento repetitivo ($d = 2.51$) y vida valorada ($d = 1.54$ y 1.41) como mejorías graduales observadas desde la primera sesión de intervención. Así mismo, después de un seguimiento de 1 mes los resultados se mantuvieron con relación a la reducción de síntomas emocionales.

En un estudio Dereix-Calonge, Ruiz, Sierra, Peña-Vargas y Ramírez (2019) evaluó el efecto de un entrenamiento de terapia de aceptación y compromiso (ACT) de 6 sesiones enfocado en interrumpir el pensamiento negativo repetitivo (PNR) versus un grupo en lista de espera (WLC) en estudiantes que realizaban práctica clínica en psicología, mostró que el entrenamiento fue eficaz en la reducción de síntomas emocionales ($d = 0.75$), depresión ($d = 0.79$), frecuencia de comportamientos que obstruyen la vida valorada ($d = 0.51$) y PNR general ($d = 0.62$).

Intervenciones administradas vía web

En los últimos años se han desarrollado múltiples intervenciones a través de Internet con el objetivo de abordar trastornos psicológicos, tanto a nivel de investigación como en entornos clínicos. Sin embargo, los tratamientos para los problemas psicológicos se han aplicado tradicionalmente en centros de salud recurriendo al formato de intervenciones presenciales. En contraste con esto, una opción alternativa para la administración de estos tratamientos son las intervenciones en línea, las cuales tienen el potencial de mejorar la salud mental, así como la capacidad de la prestación de servicios de salud (Lattie et al., 2019). Las intervenciones vía web se pueden aplicar favorablemente en diferentes tipos de población, mejorando los servicios de ayuda para las problemáticas psicológicas y aumentando el potencial de diseminación de los tratamientos (Levin, Haeger, Pierce, & Twohig, 2016). De acuerdo con esto, algunos investigadores han comenzado a desarrollar y evaluar estos programas vía web, con resultados positivos en diferentes poblaciones (Brathwaite & Fincham, 2009; Cukrowicz & Joiner, 2007).

Por ejemplo, en una revisión sistemática realizada por Valencia y Vargas (2017), se encontró que la mayoría de artículos en un 75% fueron ensayos controlados aleatorizados y el 25% estuvo compuesto por ensayos clínicos, estudios piloto, estudios de desmantelamiento y diseños de ensayo abierto, con predominancia en Terapia cognitivo conductual frente al tratamiento de

la depresión se encontró, que los participantes de distintas intervenciones (53 artículos de investigación) que fueron administradas por medios electrónicos mediante programas online, reportaron mejorías estadísticamente significativas frente a la reducción de sus síntomas, permitiendo concluir que las intervenciones administradas vía web son efectivas garantizando un amplio potencial de difusión, utilidad y eficacia.

En otra revisión sistemática realizada por Harrer, et al. (2018) encuentran en 48 estudios con diseño RCT (ensayos controlados aleatorizados), efectos de intervención vía online en diferentes trastornos, reporta tamaños de efecto pequeños en depresión ($g = 0.18$, IC de 95% [IC; 0.08, 0.27]), ansiedad ($g = 0.27$, IC del 95% [0.13, 0.40]) y estrés ($g = 0.20$, 95% IC [0,02, 0,38]). Concluyendo que las intervenciones en Internet para la salud mental de los estudiantes universitarios pueden tener efectos significativos de pequeños a moderados en una variedad de condiciones.

Por su parte, los estudios de ACT aplicados vía web (iACT), han mostrado eficacia frente al tratamiento de diferentes problemáticas. De acuerdo con esto, en un estudio sobre el sueño Päivi, Sitwat, Harri, Joonas y Raimo (2019) investigaron los efectos de una intervención web de 6 semanas basada en la terapia de aceptación y compromiso de autoayuda para los trastornos del sueño. En una muestra de 86 participantes con insomnio, en el que 45 personas estuvieron en el iACT y 40 en el WLC. La intervención iACT tuvo un impacto significativamente mayor en las creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño según lo medido por el DBAS ($p = 0.001$). En segundo lugar, la intervención tuvo un impacto positivo significativo en la depresión según lo medido por el BDI-II ($p < 0.001$, $d = 0.58$). Se observó un cambio casi significativo a favor del grupo iACT en los síntomas psicológicos y fisiológicos (SCL-90; $p = 0.072$). Además, la intervención redujo significativamente la supresión del pensamiento (WBSI; $p = 0.047$). No se

observaron cambios significativos entre los grupos en la somnolencia diurna (ESS) ni hubo un impacto significativo en la puntuación total de flexibilidad psicológica ($d = 0.05$) y atención plena ($d = 0.03$).

En un estudio para la angustia psicológica en personas con problemas de audición se realizó un ensayo controlado aleatorio piloto, se administró iACT de ocho semanas de duración, en cuanto a los síntomas de depresión, se demostró que el tratamiento mejoró un total de 5.4 puntos en el cuestionario de depresión. Esto corresponde a un tamaño del efecto medio para las diferencias de este grupo de $d = .61$, IC 95% [.04, 1.19]. Los resultados brindan apoyo preliminar para la IACT como un tratamiento potencialmente efectivo de los síntomas psicológicos asociados con problemas de audición (Molander, et al., 2018).

Así, en un estudio Pots et al., (2016) evaluó los efectos de iACT en adultos con depresión leve a moderada en el marco de un ensayo controlado aleatorizado de tres grupos: iACT ($n = 82$), escritura expresiva ($n = 67$) o control de lista de espera ($n = 87$), se encontró que en comparación con el grupo de lista de espera, los participantes que recibieron iACT mostraron reducciones estadísticamente significativas ($d = 0.56$) frente a sus síntomas depresivos posterior al tratamiento, mientras que la intervención de escritura expresiva ($d = 0.22$) mostro efectos leves. Por otro lado, en cuanto a las medidas en el AAQ-II ($d = 0.50$) cuestionario de aceptación y acción, FFMQ-SF ($d = 0.50$) cuestionario de atención de cinco facetas - Forma corta y HADS-A ($d = 0.49$) escala de ansiedad y depresión hospitalaria se evidencian del pretest al postest tamaños de efecto del grupo iACT de bajos a medios. La intervención iACT comprende nueve módulos en línea auto aplicados, dividido en tres partes, basada en una intervención de autoayuda, "Vivir al máximo", esta ha demostrado ser eficaz para promover la flexibilidad psicológica (Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse, & Schreurs, 2012).

Adicionalmente, Lappalainen, Langrial, Oinas-Kukkonen, Tolvanen y Lappalainen (2015) examinaron en un estudio de grupos iACT (n=19) y WLC (n=20) si una intervención web basada en ACT sin contacto cara a cara resultaba efectiva para aliviar los síntomas depresivos auto informados, esta iACT contenía seis módulos de terapia basado en los procesos centrales de ACT, que promueven la flexibilidad psicológica. Encontrando mejorías significativas en los síntomas depresivos (BDI, $g = .83$, grande), psicológicos y fisiológicos que reflejan el bienestar general de los participantes (SCL-90, $g = .60$, mediano). Así mismo, se reportaron beneficios en los procesos relacionados con ACT como el aumento de la flexibilidad psicológica (AAQ-II, $g = .67$, mediano), atención plena (FFMQ, $g = .53$, mediano), frecuencia de pensamientos automáticos (ATQ-F, $g = .57$, mediano) y supresión del pensamiento (WBSI, $g = .53$, mediano). Así mismo, los participantes del estudio reportaron altos índices de satisfacción con el programa que les fue administrado.

Por otra parte, en un estudio piloto para trastornos de ansiedad generalizada, se encontró que la terapia cognitiva conductual combinada con algunos módulos de ACT en línea y con base en procesos como la atención plena, aceptación y la acción valiosa, el programa conto con 7 módulos, en los que resultó ser efectivo para reducir la preocupación (PSWQ) de estos pacientes, informando además alta satisfacción por el tratamiento vía web, mostró diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post $t(13) = 5.8$ $p < 0.0001$ con un tamaño del efecto grande dentro del grupo entre la medida pre y post ($d = 2.14$) (Dahlin, et al., 2016^a; Dahlin, et al., 2016b).

Finalmente, en otro estudio sobre un tratamiento ACT aplicado vía-web para personas con fibromialgia (N = 67) realizado por Simister et al. (2018), se comparó dos grupos iACT+TAU vs TAU, allí se encontró que la aplicación del programa en línea de 7 módulos en un periodo de 8 semanas, redujo significativamente el impacto de la fibromialgia (FIQ-R, $d = 1.26$) en

comparación con un protocolo de tratamiento habitual para esta población, demostrando grandes efectos en post tratamiento y el seguimiento (FIQ-R , $d = 1.52$), así mismo las medidas mostro un tamaño de efecto grande en depresión (CES-D, $d = 0.87$). Este estudio refiere que ACT en línea tiene potencial para ser un tratamiento eficaz, accesible y rentable para personas con fibromialgia y otras afecciones del dolor crónico.

En otros formatos de aplicación en un grupo de 152 participantes diagnosticados con Trastorno de fobia social y trastorno de pánico, se aplicó mediante teléfonos inteligentes o “Smartphones”, la administración de programas basados en ACT para el tratamiento de los síntomas de ansiedad general ($d = 0.39$) y ansiedad social ($d = 0.70$) ha mostrado resultados prometedores frente a algunos de sus síntomas. Sin embargo, para el tratamiento de otros desordenes como el trastorno de pánico ($d = 0.05$), los resultados no han mostrado diferencias significativas en comparación con el grupo control con relación a la reducción de los síntomas asociados. Por último, no se identifican diferencias en los resultados entre las intervenciones guiadas y no guiadas (Ivanova, et al., 2016).

IACT para población universitaria

Respecto a lo que atañe a la investigación sobre ACT en línea para población estudiantil, se ha encontrado que este tipo de intervenciones pueden ayudar a aumentar la efectividad de otras intervenciones presenciales en centros psicológicos para estudiantes o consejería académica pues han estado asociadas a mejoras significativas respecto a la reducción de síntomas emocionales y aumento de la flexibilidad psicológica. Por tanto, el desarrollo de estos programas puede ser crucial para mejorar el alcance del asesoramiento en los centros que brindan tratamiento a sus estudiantes (Levin, Pistorello, Seeley, Hayes & Levin, 2015).

De acuerdo a esto, en un estudio Viskovich y Pakenham (2019) evaluaron una intervención iACT de 4 semanas para estudiantes universitarios (programa YOLO), en el que se midieron los cambios en los procesos de ACT y en síntomas emocionales, realizando una comparación entre el grupo iACT y un grupo en lista de espera, los resultados indican que los participantes que informaron niveles severos y extremadamente severos de depresión, ansiedad y estrés, en la intervención mejoraron en la depresión $F(1, 166) = 11.56, p = .001, d = 0.59$, IC 95% $[-0.90, -0.28]$, ansiedad $F(1, 220) = 16.55, p < .001, d = 0.37$, IC 95% $[-0.64, -0.10]$ y estrés $F(1, 143) = 13.51, p < .001, d = 0.48$, IC 95% $[-0.81, -0.14]$, en cuanto a los procesos de ACT la aceptación, fusión, valores educativos, vida valorada y conciencia del momento presente presentaron un tamaño de efecto principalmente pequeño. Por lo que se concluye que análisis mostraron mejoras en las mediciones pre y post de la intervención en comparación con el control de lista de espera, en todos los resultados primarios y procesos ACT.

Así, en un estudio de ensayo aleatorizado controlado realizado por Levin et al. (2016) en el que se buscaba evaluar la eficacia de un programa de 6 sesiones de ACT administrado vía web en población universitaria ($N = 79$; IACT $n = 40$ y WLC $n = 39$), se encontraron resultados significativos sobre variables como ansiedad social ($d = .78$), preocupaciones académicas ($d = .62$), salud mental positiva ($d = .69$), depresión ($d = .50$) y ansiedad en general ($d = .47$), sin embargo, en variables como la hostilidad, preocupaciones alimentarias y problemas con el alcohol no encontró efectos significativos. En cuanto a las variables de cambio de los procesos de ACT se encontró en Aceptación ($d = .62$) y VQ Obstrucción ($d = .82$) mejoraron desde el pretratamiento hasta el postratamiento en la condición iACT.

Adicionalmente, otros estudios se han interesado en revisar las aplicaciones de ACT mediante la web como parte de un programa de prevención de problemas de salud mental entre

estudiantes universitarios. Los resultados comprobaron buenos índices de aceptación del programa e impacto en los estudiantes de primer año de la universidad, reflejados en las altas tasas de uso de este. Es por esto, que el programa sugiere mejoría en síntomas emocionales como ansiedad ($d = .95$) depresión ($d = .97$) y estrés ($d = .81$), este estudio sugiere la viabilidad de un programa de prevención ACT basado en la web. (Levin, Pistorello, Seeley & Hayes, 2014).

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de la presente investigación es examinar los efectos de un programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (iACT) aplicada vía web frente a la reducción de indicadores de Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR), síntomas emocionales y flexibilidad psicológica en estudiantes universitarios.

Aspectos Metodológicos

Problema de Investigación

¿Tiene efecto la Terapia de Aceptación y Compromiso (iACT) aplicada vía web sobre los indicadores de pensamiento negativo repetitivo (PNR), los síntomas emocionales y flexibilidad psicológica en estudiantes universitarios?

Justificación

Debido a que el PNR es un fenómeno que bloquea la efectividad conductual de los consultantes y que se presenta en una variedad importante de trastornos emocionales como depresión (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2007; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991); trastorno de ansiedad generalizada (Hayes, et al., 1996; Nolen-Hoeksema, 2000); trastorno de estrés pos-traumático (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991); y ansiedad social (Kashdan & Roberts, 2007), su tratamiento como un factor transdiagnóstico implicado en el mantenimiento de los problemas psicológicos se constituye como una necesidad de primera línea.

De acuerdo con esto, la presente investigación tiene implicaciones a nivel psicoterapéutico, teórico, metodológico, práctico y de carácter social. En términos teóricos aportará nuevos conocimientos ordenados, fácticos y sistematizados, como tecnología terapéutica basada en ACT para el tratamiento de problemas emocionales, tanto a nivel asistencial como para la salud mental preventiva. Como valor metodológico, aportará procedimientos (protocolos) sistematizados y ordenados, para realizar el proceso de tratamiento en pacientes con problemas emocionales y que presenten PNR. En relación con la practicidad, esta investigación permitirá el uso de herramientas tecnológicas con el fin de recuperar el bienestar de la salud mental de las personas que presenten síntomas emocionales relacionados a PNR bajo protocolos con evidencia empírica. A nivel social, y siguiendo la ley 1616 del 2013 que tiene como objetivo la disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud mental, y según los indicadores actuales en los que se ha encontrado que entre un 85.5% y un 94.7% de la población colombiana presenta alguna psicopatología y no tienen acceso a algún servicio de salud (Gómez-Restrepo, et al., 2016), por tanto, las propuestas que permitan la extensión y cobertura del uso de herramientas tecnológicas en psicoterapia resultan fundamentales para mejorar el cubrimiento de los servicios de salud en Colombia, para así reducir las tasas de demandas de los servicios en salud. Finalmente, es importante que se amplíe la investigación de protocolos de ACT centrado en PNR para el tratamiento de síntomas emocionales (Ruiz et al, 2018).

Objetivos

Objetivo general.

Examinar los efectos asociados a la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (iACT) vía web sobre los indicadores de pensamiento negativo repetitivo (PNR), los síntomas emocionales y flexibilidad psicológica en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos.

1. Desarrollar y evaluar el programa iACT “ACT Training” que incluye estrategias como desesperanza creativa, costo de evitación experiencial, mindfulness, defusión y valores para el pensamiento negativo repetitivo, los síntomas emocionales y la flexibilidad psicológica.
2. Aplicar el programa ACT Training de intervención online (multiplataformas) basado en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que incluye estrategias como desesperanza creativa, costo de evitación experiencial, mindfulness, defusión y valores.
3. Evaluar los cambios sobre el pensamiento negativo repetitivo, los síntomas emocionales y la flexibilidad psicológica de los participantes del grupo activo y grupo de lista de espera para obtener indicadores asociados a su eficacia.

Variables

Variables dependientes.

Pensamiento negativo repetitivo (PNR). El PNR está compuesto por dos procesos como la preocupación y la rumia, que están relacionados con la forma del pensamiento, pero no con el contenido de estos (Frank & Davidson, 2014). Según Ruiz et al. (2016) el PNR es una estrategia de evitación experiencial ya que suele ser la primera en aparecer ante pensamientos y emociones con funciones aversivas, además dar lugar al mantenimiento y aumento del malestar, generando estrategias adicionales de evitación experiencial.

Preocupación. Definida como una cadena de pensamientos e imágenes, con contenido negativo e incontrolable, que está relacionado con la resolución de problemas, sin conocer la

consecuencia real de los resultados, por lo que se vincula a hechos de poco control que temporalmente enfoca su atención a la capacidad imprecisa de prever y anticipar o conceptualizar las repercusiones futuras (Borkovec, et al., 1983). Encontrando que la preocupación temporalmente tiene un foco de atención hacia el futuro, mientras que la rumia está más orientada hacia el pasado y el presente.

Rumia. De acuerdo con Nolen-Hoessema (1991) la operacionalización de la rumia está dada desde la teoría de estilos de respuesta la cual explica este proceso como un tipo de respuesta ante la angustia, que implica centrarse repetitivamente y de manera pasiva en síntomas emocionales y en una posible explicación de su situación actual, por lo que su focalización está dada ante eventos negativos que ya han sucedido.

Síntomas emocionales. Serán evaluados a través de la escala DASS-21, esta conceptualiza tres trastornos emocionales, como la depresión, la ansiedad y el estrés.

Ansiedad. La ansiedad es un estado emocional presente en tres canales (Subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual (Lang, 1985). El componente subjetivo-cognitivo está vinculado con pensamientos negativos preocupación y la alarma que involucra la evaluación cognitiva que se hace acerca de estímulos que se perciben como amenazadores (Lazarus & Folkman, 1986). El componente fisiológico-somático corresponde a lo biológico, manifestado en el incremento de la actividad en el sistema nervioso autónomo, presentándose cambios característicos como sudoración, dilatación pupilar, aumento de la tensión muscular, aumento en el ritmo cardíaco, respiratorio y salivación. Generalmente esto sucede cuando se percibe poco o nulo control de las situaciones orientadas al futuro (Barlow, 2002). El componente motor-conductual, se refiere a lo observable conductualmente (expresión facial, movimientos o posturas

corporales) dando gran importancia a las respuestas de evitación, escape o huida (Sandín & Chorot, 2009).

Depresión. Estado de ánimo constantemente triste, acompañado por la reducción de determinados tipos de actividad y por el incremento de otras conductas como la de huida y evitación (Ferster, 1973), debido a la obtención de menos recompensas o refuerzos por sus actividades. Dentro de los síntomas físicos de la depresión se encuentra la dificultad para conciliar el sueño, fatiga, falta de apetito, disminución en el deseo sexual, o signos corporales en distintas zonas como cefaleas, dolores estomacales o vómito (Vázquez & Sanz, 2009). También es frecuente en términos cognitivos los procesos automáticos de rumia, donde las personas cuestionan repetitivamente la situación pasada y actual de alguna problemática (Nolen-Hoeksema, 2000).

Estrés. Entendido como un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el individuo u organismo en situaciones de alta demanda, pasando por tres etapas alarma, resistencia y agotamiento (Melgosa, 1995).

Flexibilidad psicológica. Se entiende por flexibilidad psicológica como la capacidad de percibir y reaccionar a la conducta privada y pública con el objetivo de lograr alternativas que lo lleven a acciones valiosas. Esto acarrea responder desde un marco jerárquico con el “yo” deíctico, permitiendo así la reducción de funciones de control o discriminativas de los eventos privados y otorgar respuestas relacionales a funciones apetitivas o valiosas que lleven a comportamientos eficaces y beneficiosos (Luciano et al., 2009; Törneke, et al., 2016). En otras palabras, la flexibilidad psicológica es la capacidad de estar en el momento presente, consciente de las experiencias privadas (como pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc.) y comprometido con objetivos valiosos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Variable Independiente.

Programa “*ACT Training*”, desarrollado como un protocolo autoadministrado de Terapia de Aceptación y Compromiso administrado de manera online (multiplataforma). Está compuesto por 6 sesiones con sus respectivos 6 módulos que los participantes completan en promedio en 30 minutos cada uno.

Este programa, es una adaptación basada en protocolos y literatura de ACT siguiendo autores como Ruiz et al. (2018); Hayes (2013); Siegel (2009); Stoddard y Afari (2014). Los módulos y sesiones, tienen como objetivo inicialmente dismantelar patrones disfuncionales de rumia y preocupación, favorecer los procesos de derivación de tracks relacionados las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso, entrenar en múltiples estrategias de Mindfulness, y finalmente realizar ejercicios de defusión con el fin de trabajar en enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el déctico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas. Por último, se busca promover las funciones augmental apetitivas relacionadas con reforzadores abstractos y acciones en coordinación con ellos (valores).

Hipótesis experimentales

De acuerdo con los datos aportados por la evidencia empírica en el presente estudio se plantea la siguiente hipótesis:

Ho: No se observan cambios entre la puntuación media obtenida en la evaluación post-test con el Cuestionario de preocupaciones del estado de Pennsylvania - 11 (PSWQ-11), la Escala de Respuestas Rumiativas forma corta (RRS-SF), escala de Depresión ansiedad y estrés – 21. (DASS-21) y el cuestionario general de salud-12 (GHQ-12), cuestionario de Aceptación y

Acción - II (AAQ-II), cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y cuestionario de valores (VQ) entre el pre-test y el pos-test a un nivel de significación del 0,05.

H1: La puntuación media obtenida en la evaluación post-test con el Cuestionario de preocupaciones del estado de Pennsylvania - 11 (PSWQ-11) y la Escala de Respuestas Rumiativas forma corta (RRS-SF) es menor que la puntuación media obtenida en la evaluación pre-test, a un nivel de significación del 0.05.

H2: La puntuación media obtenida con la escala de Depresión ansiedad y estrés – 21. (DASS-21) y el Cuestionario general de salud-12 (GHQ-12) en la evaluación pos-test es menor que la puntuación media obtenida con la escala de Depresión ansiedad y estrés – 21. (DASS-21) y el Cuestionario general de salud-12 (GHQ-12) en la evaluación pre-test, a un nivel de significación del 0,05.

H3: La puntuación media obtenida en el cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II), cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y cuestionario de valores (VQ obstrucción) en la evaluación post-test es menor que la puntuación media obtenida en el cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II), cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y cuestionario de valores (VQ obstrucción) en la evaluación pre-test, a un nivel de significación del 0,05.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 91 estudiantes universitarios que superaban los 18 años de edad y que estaban matriculados en una universidad de la ciudad de Bogotá D.C., los participantes fueron aleatorizados usando como criterio de apareamiento la puntuación total del Cuestionario general de Salud-12 (GHQ-12) con el objetivo de distribuir equilibradamente la muestra, conformando así dos grupos (46 participantes en la condición activa iACT y 45

participantes en grupo en lista de espera WLC). Los participantes en la lista de espera recibieron el tratamiento después de que se completó la evaluación posterior al tratamiento del grupo de intervención activo IACT.

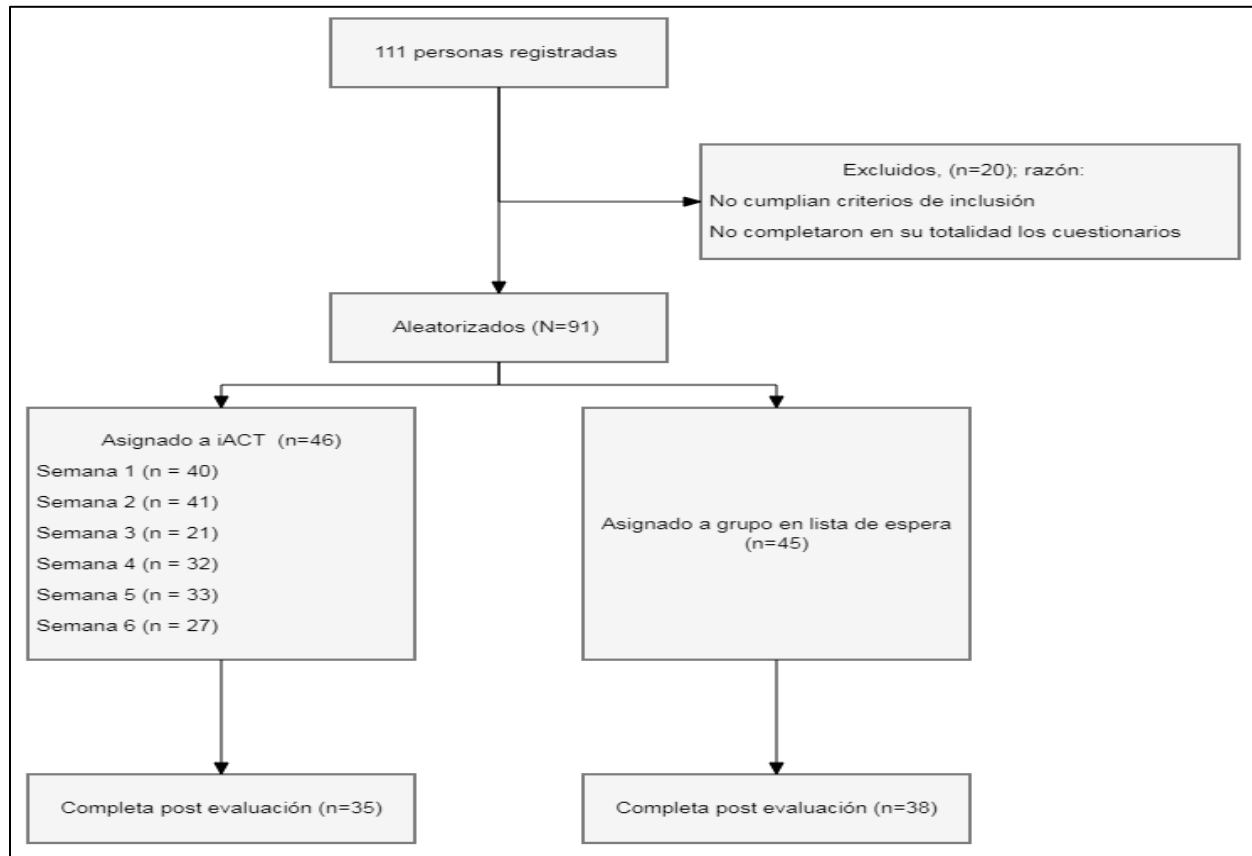


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes.

La muestra estuvo conformada por 62.6% mujeres y 37.4% hombres con una edad media de 26,1 ($DE = 7,2$ años). La mayoría de los participantes tenían educación media completa (38.5%), universitaria (38.5%), técnica profesional y tecnológica (16.5%) o estudios de postgrado (6.6%) de la muestra. La mayoría de los participantes pertenecen a estrato 3 (59.3%), seguidos por estratos 2 (29.7%), 4 (7.7%) y 1 (3,3%). De los participantes interesados en el estudio 20 fueron excluidos de manera previa a la aleatorización, debido a que cumplían con al menos uno de los siguientes criterios de exclusión: estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico durante el curso

de la investigación, tener menos de 18 años, no completar en su totalidad los cuestionarios, tener consumo continuo en alcohol o sustancias psicoactivas y mantener ideación suicida activa.

Adicionalmente, se tuvo en cuenta que los participantes reportaran periodos constantes de preocupaciones y pensamientos repetitivos, así como interferencia en dos áreas vitales, y un conocimiento suficiente en el uso de herramientas tecnológicas.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de la muestra

Características	Muestra completa					
	(N=91)		IACT(n=46)		WLC(n=45)	
	N	%	N	%	N	%
Edad (M SD)	26.1	7.2	26.5	7.9	25.8	6.5
Sexo						
Masculino	34	37.4	31	67.4	26	57.8
Femenino	57	62.6	15	32.6	19	42.2
Nivel educativo						
Educación media	35	38.5	21	45.7	14	31.1
Educación técnica profesional y tecnológica	15	16.5	6	13	9	20
Educación universitaria	35	38.5	15	32.6	20	44.4
Postgrado	6	6.6	4	8.7	2	4.4
Estado civil						
Casado	6	6.6	3	6.5	3	6.7
Divorciado	3	3.3	1	2.2	2	4.4
Soltero	77	84.6	40	87	37	82.2
Unión libre	5	5.5	2	4.3	3	6.7
Estrato						
1	3	3.3	2	4.3	1	2.2
2	27	29.7	15	32.6	12	26.7

3	54	59.3	27	58.7	27	60
4	7	7.7	2	4.3	5	11.1
Universidades						
Corporación Unificada Nacional de	1	1.1	-	-	1	2.2
Educación Superior						
Corporación Universitaria Iberoamericana	3	3.3	3	6.5		
Escuela Colombiana de Ingeniería Julio	1	1.1	-	-	1	2.2
Garavito						
Escuela de Artes y Letras	1	1.1	1	2.2		
Escuela Superior de Administración Pública	4	4.4	2	4.3	2	4.4
Fundación Universitaria Konrad Lorenz	1	1.1	1	2.2	-	-
Politécnico internacional	3	3.3	-	-	3	6.7
Pontificia Universidad Javeriana	1	1.1	-	-	1	2.2
Universidad Católica De Colombia	13	14.3	9	19.6	4	8.9
Universidad Cooperativa de Colombia	2	2.2	2	4.3	-	-
Universidad de América	2	2.2	1	2.2	1	2.2
Universidad de La sabana	1	1.1	-	-	1	2.2
Universidad de La Salle	3	3.3	2	4.3	1	2.2
Universidad de Los Andes	1	1.1	-	-	1	2.2
Universidad del Rosario	6	6.6	5	10.9	1	2.2
Universidad Distrital Francisco Jose de	5	5.5	3	6.5	2	4.4
Caldas						
Universidad ECCI	1	1.1	1	2.2	-	-
Universidad El Bosque	1	1.1	1	2.2	-	-
Universidad Incca de Colombia	1	1.1	1	2.2	-	-
Universidad La Gran Colombia	2	2.2	-	-	2	4.4
Universidad Militar Nueva Granada	6	6.6	2	4.3	4	8.9
Universidad Nacional Abierta y a Distancia	3	3.3	2	4.3	1	2.2
Universidad Nacional de Colombia	22	24.2	9	19.6	13	28.9
Universidad Pedagógica Nacional	1	1.1	1	2.2	-	-

Universidad Piloto de Colombia	1	1.1	-	-	1	2.2
Universitaria Agustiniana	5	5.5	-	-	5	11.1

Respecto al número de visitas de los participantes en ACT training, se evidencia en la figura 2 ingresos diarios con picos de participación máxima de 41 participantes, además de un decremento a lo largo de las semanas.

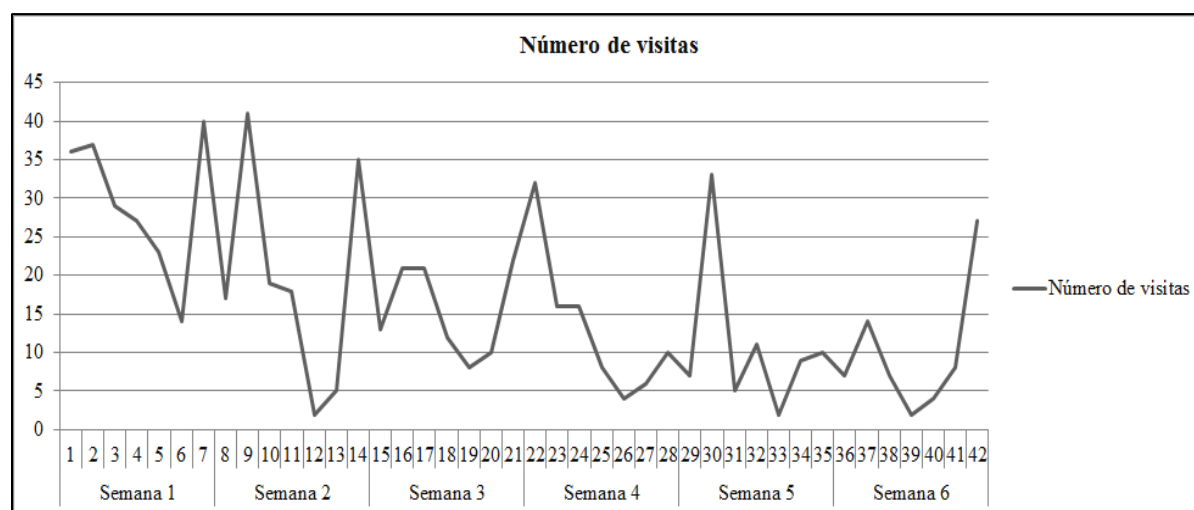


Figura 2. Visitas diarias de la aplicación ACT Training.

Diseño

La presente investigación se clasifica como un estudio de tipo experimental, con un diseño pre-test/post-test de ensayo clínico aleatorizado (RCT) que contó con un grupo experimental (intervención iACT) y grupo control (lista de espera WLC). La razón por la que se prefiere ensayo clínico aleatorizado es debido a que proporciona una información de mayor calidad, por lo que es el diseño preferente para responder a cuestiones sobre tratamiento (Molina Arias, 2013; Sampieri, Fernández & Baptista, 2014). Además, Según Sampieri et al. (2014) el beneficio de estos diseños es la posibilidad de analizar la diferencia de cada grupo de manera clara, debido a que el mismo diseño disminuye el impacto de distintas fuentes de invalidación interna.

Instrumentos

Depresión ansiedad y la escala de estrés – 21. (DASS-21).

Esta es una escala conformada por 21 ítems, de 4 puntos tipo Likert, con opciones de respuesta como 0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. Este además cuenta con tres sub-escalas sobre depresión, ansiedad y estrés, lo cual refiere frases que describen estados emocionales negativos experimentados durante la última semana, este instrumento tiene la ventaja de ser una escala de auto reporte, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla (Lovibond & Lovibond, 1995; Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002). Las puntuaciones de las tres sub-escalas son; Depresión: 0-4 no clínico, 5-6 leves, 7-10 moderados, 11-13 graves y 14 o más extremadamente graves. Ansiedad: 0-3 no clínicos, 4-5 leves, 6-7 moderados, 8-9 graves y 10 o más extremadamente graves. Estrés: 0-7 no clínicos, 8-9 leves, 10-12 moderados, 13-16 graves y 17 o más extremadamente graves. El DASS-21 ha sido validada en Colombia mostrando altas propiedades psicométricas con un alfa de 0.93 en la escala total (Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón, & Odrizola-González, 2017).

Cuestionario general de salud-12 (GHQ-12).

Este cuestionario consta de una escala de 12 preguntas, tipo Likert 4 puntos para la valoración de la salud mental en población general y en población clínica (Goldberg & Williams, 1988; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2011). Se realiza preguntas relacionadas con el estado de salud psicológica (angustia) de las últimas semanas. De acuerdo con Ruiz, García-Beltrán y Suárez-Falcón (2017), esta escala tiene buenas propiedades psicométricas en

Colombia (el alfa de Cronbach fue de 0.91) en población clínica y no clínica, siendo óptima para la identificación de trastornos emocionales.

Cuestionario de preocupaciones del estado de Pennsylvania - 11 (PSWQ-11).

Éste es un cuestionario auto-aplicado de 11 preguntas, con selección tipo Likert de 5 puntos (0=Nada, 1=Algo, 2=Regular, 3=Bastante, 4=Mucho), este instrumento permite evaluar la tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo, variable que parece cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y particularmente en GAD (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; Sandín, Chorot, Valiente, & Lostao, 2009). El PSWQ-11 de acuerdo con Ruiz, Monroy-Cifuentes y Suárez-Falcón (2018) tiene buena consistencia interna en Colombia (promedio de alfa de Cronbach de 0.95).

Escala de Respuestas Rumiativas forma corta (RRS-SF).

Es un auto-informe que consta de 10 ítems, Escala tipo Likert de 4 puntos (1=Casi nunca, 2=Algunas veces, 3=A menudo, 4=Casi siempre), tiene como objetivo evaluar la tendencia a la respuesta rumiativa de sentimientos relacionados con tristeza y depresión. De acuerdo con la versión española del RRS-SF mostró buenas propiedades psicométricas en las dos sub-escalas (alfa de Reproches 0.79 y Reflexión 0.75) en población colombiana (Ruiz, Suárez-Falcón, et al., 2017).

Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II).

Este cuestionario tiene como objetivo medir el grado de evitación experiencial entendida como la poca voluntad y capacidad para experimentar emociones y pensamientos no deseados, no estar en el momento presente y comportarse de acuerdo con las acciones dirigidas a valores personales (Bond, Hayes, et al., 2011; Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, & Beltrán, 2013). Este

cuestionario es de 7 ítems, con una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = nunca verdadero, 2 = Muy raramente es verdad, 3 = Raramente es verdad, 4 = A veces es verdad, 5 = Frecuentemente es verdad, 6 = Casi siempre es verdad, 7 = siempre verdadero). De acuerdo con Ruiz, Suárez-Falcón, et al. (2016) el cuestionario tiene buenas propiedades psicométricas y estructura de un factor en Colombia (alfa de Cronbach de 0,91 en población general).

Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ).

Es un cuestionario que tienen como objetivo medir el grado de fusión cognitiva, es una escala tipo Likert de 7 ítems y 7 puntos (1 = nunca es verdadero, 2 = Muy raramente es verdad, 3 = Raramente es verdad, 4 = A veces es verdad, 5 = Frecuentemente es verdad, 6 = Casi siempre es verdad, 7 = siempre verdadero) (Gillanders, et al., 2014; Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández, & Gillanders, 2017). La validación en español de Ruiz et al. (2017) ha mostrado propiedades psicométricas y estructura de factores similares a la versión original (alfa de 0.93 en la población general).

Cuestionario de valores (VQ).

Este cuestionario está enfocado en la medición de una vida valiosa, es una escala tipo Likert de 10 ítems y 6 puntos (0 = nada cierto, 6 = completamente verdad) (Smout, Davies, Burns, & Christie, 2014). Cuenta con dos sub-escalas una de progresión y otra de obstrucción, que en la versión en español ha demostrado buenas propiedades psicométricas en población colombiana, obtuvieron alfas de 0.84 y 0.90 para Progreso y Obstrucción (Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández & Gil, 2016).

Procedimiento

Los participantes de este estudio fueron reclutados a la investigación mediante publicidad en redes sociales y mediante correos electrónicos. Posterior a esto se les envió un cuestionario mediante *Google Forms* (<https://docs.google.com/forms/u/0/>) que contenía más información sobre el estudio y mediante el cual podían realizar el registro para participar en la intervención en línea. El formulario de consentimiento, así como la evaluación de los datos sociodemográficos, la Escala de depresión, ansiedad y estrés – 21. (DASS-21), Cuestionario general de salud-12 (GHQ-12), Cuestionario de preocupaciones del estado de Pennsylvania - 11 (PSWQ-11), Escala de Respuestas Rumiativas forma corta (RRS-SF), Cuestionario de Aceptación y Acción - II (AAQ-II), Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y el cuestionario de valores (VQ) fueron aplicados en línea. Después de completar las evaluaciones iniciales, los participantes fueron asignados al azar a uno de los dos grupos (iACT o WLC). Los participantes en la condición iACT completaron seis sesiones del programa durante 6 semanas, mientras que a los participantes en lista de espera se les pidió que esperaran 6 semanas antes de completar la evaluación posterior al tratamiento. Posterior a esto, recibieron acceso sin restricciones al sitio web de iACT. El uso del programa para los participantes en la condición iACT fue monitoreado regularmente por el investigador a través del sistema para verificar su ingreso. Se enviaron recordatorios semanales sobre la apertura de cada sesión o modulo mediante el correo electrónico, WhatsApp y teléfono a todos los participantes. Finalmente, se realizó una evaluación post-tratamiento en línea 6 semanas después del inicio del estudio, que incluyó las mismas medidas del pre-tratamiento.

Sitio web de iACT “ACT Training”.

El programa iACT fue desarrollado y alojado en GoodBarber.com, una plataforma que permite la creación de aplicaciones móviles estables y seguras, disponible en formatos

multiplataformas por lo que soporta la interacción con dispositivos móviles, como celulares, tablets o desktops. Así mismo esta web proporciona un método rentable y eficiente para crear prototipos de intervenciones basadas en la web, minimizando la necesidad de experiencia técnica especializada, costos de desarrollo y el tiempo que generalmente toma crear una plataforma para intervenciones web.

El programa ACT Training, es una adaptación terapéutica basada en protocolos y literatura propia de ACT (Hayes, 2013; Ruiz et al. 2018; Siegel, 2009; Stoddard & Afari, 2014) para reducir el PNR y aumentar la flexibilidad psicológica, por lo que contiene una gama de ejercicios terapéuticos que incluían metáforas y técnicas específicas. La intervención tuvo un abordaje transdiagnóstico en el cual en el marco de las sesiones se enseñaron habilidades básicas usando ACT y RFT que resultan ser útiles para una amplia gama de problemas psicológicos. Durante cada sesión, se proporcionaron múltiples ejemplos para ayudar a aclarar cómo estas habilidades podrían aplicarse a problemas específicos que enfrentan los participantes. Las sesiones del programa contenían texto, imágenes, grabaciones de audio y videos, además de cuestionarios de respuestas que permitían la descripción sobre la experiencia subjetiva de los ejercicios, respondiendo a preguntas guiadas. Estas características multimedia e interactivas se implementaron con el objetivo de mantener los niveles de participación y proporcionar la posibilidad de experimentar y poner a prueba algunas de las habilidades previamente mencionadas.

En total, el programa está compuesto por seis sesiones auto-administradas en secuencia. Cada sesión se centró en un componente determinado de ACT: Sesión 1 y 2 la derivación de tracks que especificaban las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso y el costo de la evitación experiencial, Sesión 3

y 4 el enmarcar eventos privados problemáticos en jerarquía con el déctico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas. Finalmente, las sesiones 5 y 6 permitieron identificar funciones augmental apetitivas relacionados con reforzadores abstractos y acciones en coordinación con ellos.

Por último, al terminar la adaptación del iACT se realizó valoración de jueces expertos, con el fin de responder a los criterios de coherencia, relevancia, claridad y suficiencia en una escala de 1 a 4 (1 = No Cumple, 2 = Bajo nivel, 3 = Medio Nivel y 4 = Alto Nivel), con la ayuda de dos jueces expertos se logró corroborar la consistencia del programa.

Tabla 2

Contenido del programa ACT Training

Sesiones	Contenido	Material
Sesión 1 (Desesperanza creativa) Derivación de tracks que especifican las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso y el costo de la evitación experiencial	(1) Establecer el contexto para realizar una intervención breve, (2) Exposición del esquema de trabajo y establecimiento de la preocupación/rumia como el foco de la evaluación e intervención, (3) Identificación de la jerarquía de disparadores de preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales, (4) Analizar otras estrategias de evitación experiencial a las que da lugar el patrón de preocupación/rumia, (5) Contactar con las consecuencias de la preocupación/rumia y las restantes estrategias de evitación experiencial.	Videos Imágenes Textos Registros

Sesión 2	(Evitación experiencial)	Derivación de tracks que especifiquen las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso y el costo de la evitación experiencial	(1) Resumen breve de la sesión pasada con el fin de contactar con problema emocional actual (2) Evaluando el costo de la evitación experiencial y conectando con valores (3) Introducción de una metáfora que resume y amplifica las consecuencias del patrón de evitación experiencial y propone una alternativa basada en discriminar el proceso de preocupación/rumia, tomar perspectiva y contactar con direcciones y acciones valiosas.	Videos Imágenes Textos Registros
Sesión 3	(Mindfulness)	Enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el deíctico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas	(1) Introducción al mindfulness y la importancia de este dentro de la terapia (2) Realizar múltiples ejercicios mindfulness para practicar la capacidad de esta enfocado en el aquí y en el ahora (3) Descripción de la experiencia mindfulness en cuanto a prácticas formales e informales (4) Incentivar la práctica constante.	Videos Audios Imágenes Textos Registros
Sesión 4	(Defusión)	Enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el deíctico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas	(1) Realizar múltiples ejercicios de defusión para practicar la habilidad a modo de entrenamiento en múltiples ejemplos (2) Descripción de la experiencia.	Videos Audios Imágenes Textos Registros
Sesión 5	(Valores)	1) Especificar funciones apetitivas relacionadas con reforzadores abstractos y acciones en coordinación con ellos	(1) Definir los valores y la importancia dentro de la terapia (2) Especificar los valores del participante (3) Especificar las acciones que lo acercan a cada valor (4) Conectar con obstáculos que no permitan la acción comprometida (5) Programación de actividades durante la semana.	Videos Imágenes Textos Registros

Sesión 6	(Valores 2)	(1) Revisión de la experiencia relacionada con los	Videos
Especificar	funciones	valores (2) Programación de valores durante las	Imágenes
augmental	apetitivas	próximas semanas (3) cierre de la terapia e	Textos
relacionados con reforzadores	incentivar el uso de estrategias que permitan elegir	Registros	
abstractos y acciones en	acciones dirigidas hacia la aceptación y el		
coordinación con ellos	compromiso.		

Plan de análisis de datos

En un primer momento se manejó una calculadora de Kappa en línea, como una medida de acuerdo ajustada por probabilidad, para cualquier número de casos, categorías o evaluadores. Con el fin de evaluar el acuerdo entre jueces con el free-marginal Kappa, En el que se estipula según Fleiss (1981) que los valores de kappa inferiores a 0,40 son "pobres", los valores de 0,40 a 0,75 son "intermedios a buenos" y los valores superiores a 0,05 son "excelentes".

Se utilizó el software IBM SPSS Statistics versión (22.0) para el análisis estadístico. En un primer momento se realizaron las pruebas de normalidad para dar cuenta de la distribución de los datos, usando el test de Shapiro-Wilk. Para comparar las puntuaciones de los registros pre y post se implementó un análisis de medidas repetidas con ANOVA, la prueba "t" de Student para muestras relacionadas y una prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Para complementar los análisis con los datos que no presentaron distribuciones normales como el DASS-21 depresión WLC, DASS-21 ansiedad IACT, DASS-21 estrés WLC, PSWQ-11 WLC, RRS-SF Reflexión WLC, RRS-SF Reproches WLC, AAQ-II WLC y el CFQ WLC se utilizó el test U de Mann-Whitney. Finalmente, se realizó una estimación del tamaño del efecto de la intervención sobre las variables de interés usando la d de Cohen (Cohen, 1988).

Resultados

Acuerdo entre jueces expertos

Inicialmente se realizó la evaluación de jueces expertos finalizando la construcción del programa ACT Training, con el fin de responder a los criterios de coherencia, relevancia, claridad y suficiencia en una escala de 1 a 4 (1 = No Cumple, 2 = Bajo nivel, 3 = Medio Nivel y 4 = Alto Nivel), con la ayuda de dos jueces expertos se logró corroborar que el programa de 6 módulos de iACT en relación al free-marginal Kappa (-1 y 1) son confiables en un 100%, lo que propone Fleiss (1981) que son excelentes y la validez de los módulos pueden ser incorporados al programa (Ver anexo 2).

Prueba de normalidad

Los análisis de la prueba de Shapiro Wilk, revelaron una distribución anormal de los datos en las siguientes escalas: DASS-21 depresión WLC: $p = .026$; DASS-21 ansiedad iACT: $p = .009$; DASS-21 estrés WLC: $p = .016$; PSWQ-11 WLC: $p = .032$; Reflexión WLC: $p = .029$; Reproches WLC: $p = .008$; AAQ-II WLC: $p = .022$; CFQ WLC: $p = .001$, por lo que fue necesario el uso de análisis no paramétricos. Respecto a las pruebas que sugieren una distribución normal se reportan las siguientes: DASS 21 Total iACT: $p = .247$; DASS 21 Total WLC: $p = .069$; DASS-21 ansiedad WLC: $p = .059$; DASS 21 estrés iACT: $p = .088$; GHQ 12 iACT: $p = .377$; GHQ 12 WLC: $p = .988$; PSWQ iACT: $p = .360$; Reflexión iACT: $p = .088$; Reproches iACT: $p = .107$; AAQ-II iACT: $p = .185$; CFQ iACT: $p = .157$; VQ Obstrucción iACT: $p = .543$; VQ Obstrucción WLC: $p = .093$; VQ Progreso iACT: $p = .076$; VQ Progreso WLC: $p = .287$, por consiguiente se realizaron análisis con pruebas paramétricas.

Primer análisis de t para muestras independientes pre-test

Se realizó la comparación del pre-test entre las dos muestras para identificar si estaban equilibradas o si se encontraban diferencias entre los grupos, hallando que las condiciones iACT son ligeramente más altas en diferentes medidas analizadas. Sin embargo, en la prueba t para muestras independientes del pre-test informa que en las pruebas DASS-Total: $t(89) = 1.612, p = .111$; Depresión: $t(81.858) = 1.215, p = .228$; Estrés: $t(89) = .740, p = .461$; GHQ-12: $t(89) = 1.090, p = .279$; PSWQ-11: $t(89) = .090, p = .929$; Reproches: $t(89) = .566, p = .573$; AAQ-II: $t(89) = .933, p = .353$; CFQ: $t(74.403) = .606, p = .546$; VQ Progreso: $t(89) = -1.869, p = .065$; VQ Obstrucción: $t(80.309) = 1.622, p = .109$, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones, mientras que en la prueba DASS-21 ansiedad: $t(89) = 2.081, p = .040$ revela que hay diferencias significativas entre las condiciones, con una diferencia de medias en el grupo iACT $M = 12.11, DS = 5.677$ y el grupo en lista de espera $M = 9.53, DS = 6.126$, lo que sugiere mayor nivel de ansiedad en el grupo en lista de espera.

Prueba para muestras relacionadas Pre-test y Post-test

Con relación a los resultados obtenidos tras la aplicación del iACT se presentaron diferencias significativas en las escalas relacionadas con síntomas emocionales: DASS-21 Total: $M = 14.42 (DS: 19.955), p = .000$; DASS- 21 depresión: DASS-21 Total: $M = 14.42 (DS: 19.955), p = .000$; DASS- 21 depresión: $M = 5.314 (DS: 6.328), p = .000$; DASS- 21 ansiedad: $Z = 3.423, p = .001$; DASS- 21 estrés: $M = 4.000 (DS: 6.117), p = .000$; GHQ-12: $M = 8.286 (DS: 7.552), p = .000$. Esto representa una disminución en los indicadores de depresión, ansiedad, estrés y salud general, mientras que en el grupo en lista de espera no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones post-test de DASS total, depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, en los indicadores del cuestionario de salud general del grupo en lista de espera se

evidenciaron algunos cambios, en una diferencia de medias de $M = 3.211$, lo que sugiere una disminución de los síntomas emocionales a lo largo de las 6 semanas.

Con relación a las medidas de Pensamiento Negativo Repetitivo se evidenció para las escalas PSWQ-11: $M = 9.286$ ($DS: 11.844$), $p = .000$; Reproches: $M = 3.600$ ($DS: 4.237$), $p = .000$, que hay diferencias significativas en estos datos, en cuanto a una disminución de la rumia y la preocupación posterior a la aplicación. Frente al grupo en lista de espera no se puede afirmar que hay diferencias ya que su p valor (PSWQ-11: $M = -.342$ ($DS: 11.143$) $p = .844$ y Reproches: $M = .026$ ($DS: 5.160$) $p = .962$) está por encima de 0.05.

Por otro lado, en las medidas de flexibilidad psicológica se logra evidenciar que: AAQ-II: $M = 10.029$ ($DS: 12.099$), $p = .000$; CFQ: $M = 10.314$ ($DS: 10.212$), $p = .000$; VQ Obstrucción: $M = 3.400$ ($DS: 6.809$), $p = .006$; VQ Progreso: $M = -3.629$ ($DS: 8.211$), $p = .013$. Lo que sugiere que existen diferencias significativas en cuanto a la diferencia de medias entre los grupos de tratamiento activo y lista de espera. Frente al AAQ-II existe una disminución de los puntajes de evitación experiencial en el grupo iACT, mientras que en el grupo en lista de espera no se presentaron diferencias significativas. Por otro lado, en las medidas de CFQ se presentó una disminución en el grado de fusión cognitiva en el grupo iACT, mientras que el grupo en lista de espera la media disminuyó en $M = 1.56$. Con respecto al VQ la condición IACT mostró un aumento del progreso hacia los valores (es decir, puntajes de progreso VQ) y una disminución de la obstrucción en la vida valorada (Obstrucción VQ), mientras que en el grupo en lista de espera no se evidencian cambios significativos.

Cambio estimado entre grupos

En los resultados obtenidos del ANOVA para medidas repetidas se hallaron efectos de interacción estadísticamente significativos entre los factores Tiempo y Condición del DASS-

Total: $F(1) = 10.27, p = .002, d = 0.966$, DASS – Depresión: $F(1) = 10.82, p = .002, d = 0.985$, DASS – Estrés: $F(1) = 6.88, p = .011, d = 0.781$, GHQ-12: $F(1) = 9.57, p = .003, d = 0.898$, PSWQ-11: $F(1) = 12.80, p = .001, d = 1.116$, Reproches: $F(1) = 10.66, p = .002, d = 1.271$, AAQ-II: $F(1) = 11.44, p = .001, d = 1.085$ y CFQ: $F(1) = 9.78, p = .001, d = 1.039$, que evidencian la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos en la fase posttest. En cuanto a la escala de ansiedad del DASS, no se encuentran diferencias significativas posttest (U de mann whitney) DASS- Ansiedad: $U(71) = -566.000, p = .273$, teniendo en cuenta que los puntajes pre-test no eran equivalentes, sin embargo en el ANOVA de medidas repetidas sugiere efectos de interacción estadísticamente significativos entre los factores Tiempo y Condición de DASS – Ansiedad: $F(1) = 5.60, p = .021, d = 0.66$.

Por otro lado, el efecto de interacción para el tiempo y la condición no alcanzó niveles significativos en VQ Progreso: $F(1) = 3.35, p = .071, d = 0.573$ y VQ Obstrucción: $F(1) = 3.76, p = .056, d = 0.564$. Con la prueba t para muestras independientes se corrobora que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones VQ Obstrucción: $t(71) = -1.258, p = .213, IC95\% [-4.533, 1.026], d = .564$ y VQ Progreso: $t(71) = 1.642, p = .105, IC95\% [-.417, 4.303], d = .573$.

Finalmente, las diferencias fueron significativas para el grupo iACT en los indicadores del DASS-21 total, DASS-21 depresión, DASS-21 ansiedad, DASS-21 estrés, GHQ-12, PSWQ-11, Reproches, AAQ-II, CFQ, VQ progreso y VQ obstrucción, mientras que los tamaños del efecto fueron grandes para la intervención sobre los síntomas emocionales ($d = .966$), sintomatología emocional general ($d = .898$), síntomas de depresión ($d = .985$), reproches ($d = 1.271$), preocupación ($d = 1.116$), fusión ($d = 1.039$) y evitación experiencial ($d = 1.085$). Respecto a los indicadores de ansiedad ($d = .66$), estrés ($d = .781$), obstrucción ($d = 0.564$) y progreso ($d =$

0.573) hacia direcciones valiosas se registran un tamaño de efecto medio para el grupo de intervención.

Tabla 3

Medias, desviaciones estándar, estadísticos para muestras relacionadas, resultados de ANOVA de medidas repetidas y tamaño del efecto d de Cohen entre grupos.

	Group	Pre-Test	Post-Test	Estimated change Pre-Post			Estimated change between groups		
		M (DS)	M (DS)	t	Z	p-valor	F	p-valor	d cohen
DASS-Total	IACT	41.71(11.547)	27.29(13.461)	5.034	-	.000**	10.27	.002**	0.966
	WLC	38.34(14.499)	36.13(14.306)	.873	-	.388			
DASS-Depression	IACT	14.69(4.255)	9.37(4.802)	4.968	-	.000**	10.82	.002**	0.985
	WLC	13.95(5.099)	13.29(5.317)	-	-1.047 ^a	.295			
DASS-Anxiety	IACT	12.63(5.735)	7.51(4.985)	-	-3.423 ^a	.001**	5.60	.021*	0.66
	WLC	10.16(6.245)	9.03(5.630)	.983	-	.332			
DASS – Stress	IACT	14.40(4.230)	10.40(4.972)	3.869	-	.000**	6.88	.011*	0.781
	WLC	14.24(4.846)	13.82(5.013)	-	-.817 ^b	.414			
GHQ-12	IACT	21.51(4.841)	13.23(5.841)	6.491	-	.000**	9.57	.003**	0.898
	WLC	20.58(6.284)	17.37(5.893)	3.065	-	.004**			
PSWQ-11	IACT	41.37(8.725)	32.09(10.453)	4.638	-	.000**	12.80	.001**	1.116
	WLC	42.45(8.359)	42.79(9.645)	-	-.197 ^c	.844			
Reproaches	IACT	16.20(2.459)	12.60(3.821)	5.027	-	.000**	10.66	.002**	1.271
	WLC	15.55(3.168)	15.58(3.796)	-	-.047 ^c	.962			
AAQ-II	IACT	36.37(8.616)	26.34(9.896)	4.904	-	.000**	11.44	.001**	1.085
	WLC	34.26(10.157)	34.53(11.463)	-	-.063 ^a	.950			
CFQ	IACT	38.06(6.941)	27.74(10.481)	5.975	-	.000**	9.78	.001**	1.039
	WLC	38.03(9.599)	36.47(10.805)	-	-.753 ^a	.452			
VQ Progress	IACT	16.31(6.249)	19.94(4.478)	-.808	-	.013*	3.35	.071	0.573
	WLC	17.68(5.147)	18.00(5.526)	-.269	-	.790			
VQ Obstruction	IACT	20.86(4.760)	17.46(5.726)	2.954	-	.006**	3.76	.056	0.564
	WLC	19.55(5.949)	19.21(6.148)	.317	-	.753			

Note. DASS = Depression, Anxiety, and Stress Scales-21; GHQ 12 = General Health Questionnaire-12; PSWQ-11 = Penn State

Worry Questionnaire-11; Reproches = Ruminative Responses Scale; AAQ-II = The Acceptance and Action Questionnaire – II;

CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire, VQ Progress y VQ Obstruction = Valuing Questionnaire.

*p < 0.05.

** p ≤ 0.01.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo probar un programa de intervención online basado en ACT, sin contacto cara a cara, llamado ACT Training, sobre el pensamiento negativo repetitivo, la flexibilidad psicológica y síntomas emocionales en estudiantes universitarios. Debido a que el PNR es un fenómeno que bloquea la efectividad conductual de los consultantes y que se presenta en una variedad importante de trastornos emocionales como depresión (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2007; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991); trastorno de ansiedad generalizada (Hayes et al., 1996; Nolen-Hoeksema, 2000); trastorno de estrés pos-traumático (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991); y ansiedad social (Kashdan & Roberts, 2007), su tratamiento como un factor transdiagnóstico implicado en el mantenimiento de los problemas psicológicos se constituye una necesidad de primera línea para el trabajo en diferentes grupos poblacionales.

Como se hipotetizó en un primer momento en comparación al grupo en lista de espera, los participantes de la iACT tuvieron mejorías significativas respecto a sus síntomas emocionales y PNR. También se observaron mejorías en los procesos relacionados con ACT (flexibilidad psicológica, fusión cognitiva y acciones orientadas hacia direcciones valiosas). Así mismo, el tamaño del efecto de la intervención fue grande sobre los síntomas emocionales ($d = 0.966$), sintomatología emocional general ($d = 0.898$), síntomas de depresión ($d = 0.985$), reproches ($d = 1.271$), preocupación ($d = 1.116$), fusión ($d = 1.039$) y la evitación experiencia ($d = 1.085$). Con relación a los síntomas de ansiedad, estrés y la escala de obstrucción/progreso hacia direcciones valiosas, se encontró un tamaño de efecto medio en favor del grupo iACT.

Estos resultados concuerdan con los de otras intervenciones de programas en línea basados en ACT para desmantelar patrones de PNR en el que se han encontrado índices de efectividad

significativos asociados a la intervención ($d = 2.14$) (Dahlin, et al., 2016^a; Dahlin, et al., 2016b). Así mismo, las intervenciones iACT aplicadas a población universitaria han mostrado ser intervenciones eficientes para reducir los síntomas emocionales y aumentar la flexibilidad psicológica (Levin, et al. 2015). Un ejemplo de esto es el ensayo controlado aleatorizado de un programa iACT realizado por Levin et al. (2016), en el que se encontró que en las variables relacionadas con sintomatología emocional se observaron disminuciones importantes asociadas a la mejoría de los participantes. También se han encontrado resultados significativos sobre variables como ansiedad social ($d = .78$), salud mental positiva ($d = .58$), ansiedad ($d = .95$) depresión ($d = .97$) y estrés ($d = .81$) lo que respalda la idea de que los programas iACT pueden ser utilizados como protocolos preventivos para la salud mental en estudiantes universitarios (Levin et al., 2014). Así mismo, esto es coherente con revisiones sistemáticas como la de Valencia y Vargas (2017) y con meta-análisis como el de Harrer, et al. (2018) en los cuales se han examinado los resultados de intervenciones psicológicas administradas vía web, encontrando mejorías estadísticamente significativas frente a la reducción de síntomas propios de desórdenes psicológicos presentes en una variedad importante de condiciones. Sin embargo, cabe resaltar que los tamaños de efecto reportados en estas revisiones fueron en promedio más pequeñas que los encontradas en la presente investigación tras la aplicación de ACT training.

Por otra parte, los datos de la aplicación del programa ACT Training también son consistentes con otros resultados encontrados de intervenciones cara a cara de ACT y centradas en la disminución de PNR, como por ejemplo, el protocolo de única sesión de Ruiz, et al. (2016) en el que se encontraron tamaños de efectos grandes en los indicadores de síntomas emocionales ($d = 1.62$), depresión ($d = 1.12$), sintomatología emocional general ($d = 1.71$), preocupación ($d = 2.15$), reproches ($d = 1.86$), flexibilidad psicológica ($d = 2.09$) y fusión ($d = 2.23$), además de

identificar congruencia con tamaños de efectos medios en VQ progreso ($d = .77$). En otro estudio, en el que se usó una variante de dos sesiones del protocolo original de Ruiz, et al. (2016), se encontraron resultados similares a los obtenidos en el presente estudio con relación a síntomas emocionales ($d = 2.44$ y 2.68), preocupación patológica ($d = 3.14$), evitación experiencial ($d = 1.32$), fusión cognitiva ($d = 2.01$) y pensamiento repetitivo ($d = 2.51$) (Ruiz, et al, 2018). Así mismo, en el estudio de Dereix-Calonge, Ruiz, Sierra, Peña-Vargas y Ramírez (2019) que evaluaba el efecto de un entrenamiento de ACT de 6 sesiones enfocado en interrumpir el pensamiento negativo repetitivo (PNR) en estudiantes que realizaban práctica clínica en psicología, se encontraron resultados similares con tamaños de efecto de medio a grandes en diferentes variables como síntomas emocionales, depresión, obstrucción de una vida valiosa, pensamiento negativo repetitivo en la práctica y en general, comparado con el grupo en lista de espera (WLC).

Con relación a las limitaciones de presente estudio, el porcentaje de mujeres que participó fue superior al de los hombres con un 62.6% de la muestra total. Por tanto, la generalización de los resultados podría estar limitada por la variable género. Esta tendencia de participación mayormente femenina también se encuentra en otros similares estudios realizados previamente (Levin et al., 2015; Levin, Hayes et al., 2016; Päivi Lappalainen, 2015; Viskovich, & Pakenham, 2019). Adicionalmente, la alta tasa de deserción o ausencia de los participantes por sesión (sesión 1: $n = 6$, 13.04%; sesión 2: $n = 5$, 10.86%; sesión 3: $n = 25$, 54.34%, sesión 4: $n = 14$, 30.43%, sesión 5: $n = 13$, 28.26%, sesión 6: $n = 19$, 41.30%) y la falta de un seguimiento posterior a un mes debido a limitaciones de tiempo, representan un aspecto importante a mejorar para futuras investigaciones, pues debido a esto no es posible hasta este punto identificar que tan

sostenibles son los resultados más allá de las mediciones finales que fueron aplicadas una vez se completó el programa.

A manera de recomendación y teniendo en cuenta que hasta la fecha los moderadores y mediadores del cambio terapéutico no han sido del todo esclarecidos en las iACT, futuros estudios podrían examinar estos factores con el objetivo de facilitar la adaptación y el ajuste de este tipo de programas con poblaciones específicas. Así mismo, convendría explorar las razones de deserción dentro de estas poblaciones y probar estrategias para aumentar la adherencia hacia los mismos, así como evaluar los índices de satisfacción y sostenibilidad de los resultados clínicos frente al uso de ACT Training.

En conclusión, los resultados obtenidos indican que una intervención web de ACT como “ACT Training” puede ser administrada de manera exitosa y se configura como un tratamiento prometedor debido a su eficacia, facilidad de uso y potencial de diseminación, así como los costos de su aplicación en población universitaria. Por tanto, la presente investigación es un esfuerzo para aportar evidencia frente al uso de intervenciones breves basadas en ACT aplicadas vía web sobre problemáticas asociadas al PNR y síntomas emocionales, así como promover el aumento de la flexibilidad psicológica en estudiantes universitarios.

Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación fue realizado teniendo en cuenta las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. De tal manera que se enmarca en la legislación correspondiente a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud promulgada en la ley 1090 de 2006 y Amparados por la resolución N.º 008430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993) en el artículo No. 15 respecto a los

aspectos éticos de la investigación en seres humanos, a cada una de los participantes al iniciar el proceso de aplicación investigativa se realizó la presentación y asentimiento del consentimiento informado, donde se expuso las condiciones bajo las cuales se presta el servicio, la justificación y los objetivos del ejercicio investigativo, los procedimientos a usar y su propósito, las molestias o los riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el presente estudio sin ninguna repercusión.

En consecuencia, el presente estudio se acoge a las normas teniendo en cuenta el criterio del respeto a la dignidad y protección de sus derechos y bienestar, ajustándose a principios científicos y éticos que la justifiquen, basándose en hechos científicos, se expresó claramente los riesgos aclarando que los procedimientos a realizar estuvieran al frente de profesionales con conocimiento y experiencia; en pro de preservar la integridad y privacidad del participante. Así mismo, se aseguró que la investigación finalizara para el grupo de tratamiento activo en la fase de intervención con cierre, seguido por mediciones en pos-tratamiento, y que posterior a esto los participantes en lista de espera tuvieran acceso al tratamiento. Lo anterior con el fin de velar por el bienestar y la reducción de posibles daños hacia los participantes.

Referencias

- Almeida, D. M., McGonagle, K., & King, H. (2009). Assessing daily stress processes in social surveys by combining stressor exposure and salivary cortisol. *Biodemography and Social Biology*, 55(2), 219-237.
- Associations for Contextual Behavioral Science (2019). *ACT randomized controlled trials since 1986*. Retrieved from http://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Barnes, V. A., Davis, H., & Treiber, F. A. (2007). Perceived stress, heart rate, and blood pressure among adolescents with family members deployed in Operation Iraqi Freedom. *Military Medicine*, 172(1), 40-43.
- Barrington, W. E., Stafford, M., Hamer, M., Beresford, S. A., Koepsell, T., & Steptoe, A. (2014). Neighborhood socioeconomic deprivation, perceived neighborhood factors, and cortisol responses to induced stress among healthy adults. *Health & Place*, 27, 120-126.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Brathwaite, S. R., & Fincham, F. D. (2009). Randomized clinical trial of a computer based preventive intervention: replication and extensión of ePREP. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 32-38.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: LEA.
- Conde, E. (2004). La ansiedad en la educación musical. *Revista de Psicodidáctica*, 17, 101-107.
- Cooper, M. L., Russell, M., & George, W. H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218-230.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 139-152.
- Cukrowicz, K. C., & Joiner, T. E. (2007). Computer-based intervention for anxious and depressive symptoms in a non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 677-693.
- Dahlin, M., Andersson, G., Magnusson, K., Johansson, T., Sjörgen, J., Håkansson, A., et al. (2016b). Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 86-95.
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016a). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet Interventions*, 6, 16-21.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Sierra, M. A., Peña-Vargas, A., & Ramírez, E. S. (2019). Acceptance and commitment training focused on repetitive negative thinking for clinical

- psychology trainees: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 81-88.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
- Egúsquiza-Vásquez, K. (2015). Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.
- Hayes, S. C.; Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness). Bilbao. España: Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-330-2695-8. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 1-3.
- Ewert, A., & Chang, Y. (2018). Levels of nature and stress response. *Behavioral Sciences*, 8(5), 49.
- Ferster, C. B. (1974). "A functional analysis of depression": Reply. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(3), 485-495.
- Fleiss, J. L. (1981). Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd edn Wiley. New York, New York, USA.
- Frank, R. I., & Davidson, J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. Cap. 3 Response Mechanisms, pp. 33-45. Oakland, CA: New Harbinger.

- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & Masley, S. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Goldberg, D. P. & Williams, P. (1988) *Users' Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor NFER-Nelson.
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo Martínez, N., Bohórquez, A., et al. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. [Depression and anxiety disorders and associated factors in the adult Colombian population, 2015 National Mental Health Survey.] *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 58–67.
- Gouin, J. P., Glaser, R., Malarkey, W. B., Beversdorf, D., & Kiecolt-Glaser, J. (2012). Chronic stress, daily stressors, and circulating inflammatory markers. *Health Psychology*, 31(2), 264.
- Harrer, M., Adam, S. H., Fleischmann, R. J., Baumeister, H., Auerbach, R., Bruffaerts, R., ... & Ebert, D. D. (2018). Effectiveness of an internet-and app-based intervention for college students with elevated stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e136.
- Hatzenbuehler, M. L., Slopen, N., & McLaughlin, K. A. (2014). Stressful life events, sexual orientation, and cardiometabolic risk among young adults in the United States. *Health Psychology*, 33(10), 1185.
- Hayes, S.C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27-35.
- Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 285–301.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En Tuma A. H., y Maser, J. D. (eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, Nueva Jersey: Earlbaum.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support a randomized controlled trial. *Behav. Modif*, 39(6):805–834.
- Lattie, E. G., Nicholas, J., Knapp, A. A., Skerl, J. J., Kaiser, S. M., & Mohr, D. C. (2019). Opportunities for and Tensions Surrounding the Use of Technology-Enabled Mental Health Services in Community Mental Health Care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-12.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Levin, M., Haeger, J., Pierce, B., & Twohig, M. (2016). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Mental Health Problems in College Students: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Modification*, 41(1), 141-162.
- Levin, M., Pistorello, J., Seeley, J. & Hayes, S. (2014). Feasibility of a Prototype Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Prevention Program for College Students. *Journal of American College Health*, 62(1), 20-30.
- Levin, M., Pistorello, J., Seeley, J., Hayes, S & Levin, C. (2015). Feasibility of an Acceptance and Commitment Therapy Adjunctive Web-Based Program for Counseling Centers. *Journal of American College Health*, 62(3), 529-536.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Low, C. A., Matthews, K. A., & Hall, M. (2013). Elevated CRP in adolescents: roles of stress and coping. *Psychosomatic Medicine*, 75(5), 449.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Cabello-Luque, F., & Hernández, M. (2009). Developing self-directed rules. En R. A. Rehfeldt & Y. Barnes-Holmes (ed.), *Derived relational responding: Applications for learners with autism and other developmental disabilities* (p. 335–352). Oakland: New Harbinger Publications.
- Maes, L., & Lievens, J. (2003) Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behavior. *Social Science and Medicine*, 56(2), 517–529.
- McGregor, B. A., Murphy, K. M., Albano, D. L., & Ceballos, R. M. (2016). Stress, cortisol, and B lymphocytes: a novel approach to understanding academic stress and immune function. *Stress*, 19(2), 185-191.

- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés!* Madrid: Safeliz.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993) *Resolución N° 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud, 1- 12.
- Molander, P., Hesser, H., Weineland, S., Bergwall, K., Buck, S., Jäder MalmLöf, J., ... & Andersson, G. (2018). Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(2), 169-184.
- Molina Arias, M. (2013). El significado de los intervalos de confianza. *Pediatría Atención Primaria*, 15(57), 91-94.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 391-403.

- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198-207.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Organización mundial de la salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Päivi, L., Sitwat, L., Harri, O. K., Joonas, M., & Raimo, L. (2019). ACT for sleep-Internet-delivered self-help ACT for sub-clinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 119-127.
- Pérez, M. (2002). Prefacio. En K.G. Wilson & M.C. Luciano (Eds.), *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores* (pp. 19-20). Madrid: Pirámide.
- Pinzón, A. (2014). *Prevalencia de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios* [Tesis de maestría]. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Pots, T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, A. M., Klooster M., Karlein M. G. & Bohlmeijer, E. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 208(1), 69-77.
- Robles, T. F., Shetty, V., Zigler, C. M., Glover, D. A., Elashoff, D., Murphy, D., & Yamaguchi, M. (2011). The feasibility of ambulatory biosensor measurement of salivary alpha amylase:

- relationships with self-reported and naturalistic psychological stress. *Biological psychology*, 86(1), 50-56.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International journal of clinical and health psychology*, 11(1), 125-139.
- Rosario, P., Núñez, J. C., Salgado, A., González-Pineda, J. A., Valle, A., Joly, C. & Bernardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20(4), 563-570.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53-58.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105.

- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruiz, F. J., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2018). Penn State Worry Questionnaire-11 validity in Colombia and factorial equivalence across gender and nonclinical and clinical samples. *Anales de Psicología*, 34, 451-457.
- Ruiz, F. J., Riaño Hernández, D., Suárez Falcón, J., & Luciano, C. (2016). Effect of a One-Session ACT Protocol in Disrupting Repetitive Negative Thinking: A Randomized Multiple-Baseline Design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16 (3), 213-233.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y. A., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II in Colombia. *The Psychological Record*, 66(3), 429-437.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87.
- Ruiz, F. J., Suárez Falcón, J. C., Riaño Hernández, D., & Gil, B. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia. *Submitted paper. Fundación Universitaria Konrad Lorenz*.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Sierra, M. A., Barreto-Montero, K., García-Martín, M. B., Bernal, P. A., & Ramírez, E. S. (2017). Psychometric properties and factor structure of the Ruminative Responses Scale – Short Form in Colombia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(2), 199-208.

- Sampieri, D. H. R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hi Educación.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 2* (ed. rev., 43-63). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*(2), 107-122.
- Schreier, H. M., & Chen, E. (2017). Low-grade inflammation and ambulatory cortisol in adolescents: interaction between interviewer-rated versus self-rated acute stress and chronic stress. *Psychosomatic Medicine, 79*(2), 133.
- Siegel, R. D. (2009). *The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems*. Guilford Press.
- Simister, H., Tkachuk, G., Shay, B., Vincent N., Pear J., & Skrabek, R. (2018). Randomized Controlled Trial of Online Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia, *The Journal of Pain*.
- Sin, N. L., Graham-Engeland, J. E., Ong, A. D., & Almeida, D. M. (2015). Affective reactivity to daily stressors is associated with elevated inflammation. *Health Psychology, 34*(12), 1154.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 164-172.
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). The big book of ACT metaphors. *A Practitioner's Guide to Experiential Exercises & Metaphors in Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2016). Relational frame theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & T. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. New York: John Wiley & Sons.
- Valencia, C. L., & Vargas-Nieto, J. C. (2017). ¿Es efectiva la terapia administrada vía internet para la depresión?: Una Revisión Sistemática. *Revista Enfoques*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.24267/23898798.210>.
- Van Holland, B. J., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2012). Measuring short-term and long-term physiological stress effects by cortisol reactivity in saliva and hair. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(8), 849-852.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En: Belloch, A; Sandin, B. & Ramos, F, ed., *Manual de psicopatología*, 2, 1st ed. España: McGraw-Hill/Interamericana de España. S. A.U, pp.240-242.
- Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2018). Pilot evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program to promote mental health skills in university students. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2047-2069.

Anexos

Anexo 1. Pruebas



DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Senti que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me senti triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Senti que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Senti que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Senti los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Senti que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3





Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)

Referencia original: Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17*, 97-105.

Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

- 5-6 depresión leve
- 7-10 depresión moderada
- 11-13 depresión severa
- 14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

- 4 ansiedad leve
- 5-7 ansiedad moderada
- 8-9 ansiedad severa
- 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

- 8-9 estrés leve
- 10-12 estrés moderado
- 13-16 estrés severo
- 17 o más, estrés extremadamente severo.





GHQ-12

A continuación se le plantean una serie de preguntas acerca de cómo ha estado de salud en las ÚLTIMAS semanas. Responda haciendo una cruz a la izquierda de la respuesta que mejor se ajuste a su experiencia.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
☐ 0. Mejor que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos que lo habitual.
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?
☐ 0. No, en absoluto.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Más que lo habitual.
☐ 3. Mucho más que lo habitual.
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
☐ 0. Más que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos que lo habitual.
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
☐ 0. Más capaz que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos capaz que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos capaz que lo habitual.
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
☐ 0. No, en absoluto.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Más que lo habitual.
☐ 3. Mucho más que lo habitual.
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?
☐ 0. No, en absoluto.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Más que lo habitual.
☐ 3. Mucho más que lo habitual.
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
☐ 0. Más que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos que lo habitual.





8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- ☐ 0. Más capaz que lo habitual.
- ☐ 1. Igual que lo habitual.
- ☐ 2. Menos capaz que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- ☐ 0. No, en absoluto.
- ☐ 1. No más que lo habitual.
- ☐ 2. Más que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- ☐ 0. No, en absoluto.
- ☐ 1. No más que lo habitual.
- ☐ 2. Más que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- ☐ 0. No, en absoluto.
- ☐ 1. No más que lo habitual.
- ☐ 2. Más que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- ☐ 0. Más feliz que lo habitual.
- ☐ 1. Igual que lo habitual.
- ☐ 2. Menos feliz que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho menos feliz que lo habitual.





General Health Questionnaire - 12 (GHQ-12)

Referencia original: Goldberg, D., & Williams, P., (1988) *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, UK.

Validación en Colombia: Ruiz, F.J., García-Beltrán, D.M., & Suárez-Falcón, J.C. (2017). General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53-58.

Modo de corrección: Se suman las puntuaciones en cada uno de los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional. El GHQ-12 es una prueba de filtrado de salud mental. Puntuaciones de 12 o superiores indican la posibilidad de que la persona esté sufriendo un trastorno emocional. En tal caso, se recomendaría realizar una evaluación clínica pormenorizada.





PSWQ-11

Utilizando la siguiente escala indique hasta qué punto se identifica con cada una de las situaciones que vamos a presentarle a continuación, referidas al modo que tienen las personas de preocuparse.

0	1	2	3	4	
Nada	Algo	Regular	Bastante	Mucho	
1. Me agobian mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
2. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a.	1	2	3	4	5
3. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo.	1	2	3	4	5
4. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo.	1	2	3	4	5
5. Siempre está preocupado/a por algo.	1	2	3	4	5
6. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer.	1	2	3	4	5
7. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada.	1	2	3	4	5
8. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas.	1	2	3	4	5
9. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas.	1	2	3	4	5
10. Estoy preocupado/a constantemente.	1	2	3	4	5
11. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo efectuado.	1	2	3	4	5





Penn State Worry Questionnaire - 11 (PSWQ-11)

Referencia original: Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

Validación en Colombia: Ruiz, F.J., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J.C. (en revisión). Penn State Worry Questionnaire-11 validity in Colombia and factorial equivalence across gender and nonclinical and clinical samples.

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado de preocupación. El punto de corte establecido para identificar un Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) moderado es de 33 puntos, mientras que para identificar un TAG severo es de 38 puntos





RRS-SF

Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor, lee cada una de las siguientes frases y rodea con un círculo si *casi nunca*, *algunas veces*, *a menudo* o *casi siempre* piensas o actúas de esa manera cuando estás abatido, triste o deprimido. Por favor, indica qué es lo que haces generalmente, no lo que crees que deberías hacer.

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

1. Pienso en qué he hecho yo para merecerme esto.	1	2	3	4
2. Analizo los sucesos recientes para entender por qué estoy deprimido.	1	2	3	4
3. Pienso en por qué reacciono de esta forma.	1	2	3	4
4. Me voy por ahí solo y pienso en por qué me siento así.	1	2	3	4
5. Escribo lo que estoy pensando y lo analizo.	1	2	3	4
6. Pienso acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera sido mejor.	1	2	3	4
7. Pienso en por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen.	1	2	3	4
8. Pienso en por qué no puedo controlar las cosas mejor.	1	2	3	4
9. Analizo mi forma de ser para intentar comprender por qué estoy deprimido.	1	2	3	4
10. Me voy solo a algún sitio para pensar sobre cómo me siento.	1	2	3	4





Ruminative Responses Scale – Short Form (RRS-SF)

Referencia original: Treynor, W., González, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561

Validación en Colombia: Ruiz, F.J., Suárez-Falcón, J.C., Sierra, M.A., Barreto-Montero, K., García-Martín, M.B., Bernal, P.A., & Ramírez, E.S. (2017). Psychometric properties and factor structure of the Ruminative Responses Scale – Short Form in Colombia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 199-208.

Modo de corrección: el RRS-SF posee dos subescalas, Reflexión (ítems: 2, 4, 5, 9 y 10) y Reproches (ítems: 1, 3, 6, 7 y 8). La puntuación de las subescalas se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems señalados previamente.

Interpretación: a mayor puntuación en la subescala de Reflexión, mayor grado de rumia enfocada al análisis y la búsqueda de explicaciones. A mayor puntuación en la subescala de Reproches, mayor grado de rumia enfocada a la lamentación. La subescala Reproches está más asociada con depresión y psicopatología en general que la subescala Reflexión. Las puntuaciones de 13 o superiores en cada una de las subescalas pueden considerarse puntuaciones altas.





AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7	
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad	
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7





Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II)

Referencia original: Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.

Validación España:

Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25, 123-129.

Validación Colombia:

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y. A., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II in Colombia. *The Psychological Record*, 66, 429-437.

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Las puntuaciones promedio de los participantes sin problema clínico suelen estar en torno a 18 y 23 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos.





CFQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6	7
4. Lucho contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6	7





Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)

Referencia original: Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 80-87.

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado de fusión cognitiva. Las puntuaciones de los participantes no clínicos suelen situarse entre los 20 y 24 puntos mientras que las puntuaciones de los participantes clínicos suele ser superior a 29 puntos.





VQ

Por favor, lea cada frase cuidadosamente y haga un círculo en el número que mejor describa cómo de cierta ha sido esa frase para usted DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

0	1	2	3	4	5	6	
En absoluto verdad						Completamente verdad	
1. Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí.	0	1	2	3	4	5	6
2. Estuve básicamente en “piloto automático” la mayor parte del tiempo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado.	0	1	2	3	4	5	6
4. Estuve orgulloso de cómo viví mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
5. Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan	0	1	2	3	4	5	6
6. Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer.	0	1	2	3	4	5	6
7. Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser.	0	1	2	3	4	5	6
8. Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente	0	1	2	3	4	5	6
9. Me sentí como si tuviera un propósito en la vida	0	1	2	3	4	5	6
10. Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí.	0	1	2	3	4	5	6





Values Questionnaire (VQ)

Referencia original: Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 164-172. doi:10.1016/j.jcbs.2014.06.001

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gil-Luciano, B. (en revisión). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia.

Modo de corrección: el VQ posee dos subescalas, Obstrucción (ítems: 1, 2, 6, 8 y 10) y Progreso (ítems: 3, 4, 5, 7, y 9). La puntuación de las subescalas se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems señalados previamente.

Interpretación: a mayor puntuación en la subescala de Obstrucción, mayor dificultad para encaminarse a valores en la última semana. Por el contrario, a mayor puntuación en la subescala de Progreso, mayor avance en dirección a valores durante la última semana.

Datos normativos: puntuaciones promedio de las muestras clínicas y no clínicas. Las puntuaciones promedio de los participantes no clínicos suelen estar en torno a 18 y 20 puntos en Progreso y 10 a 12 puntos en Obstrucción. En cambios, las puntuaciones promedio de los participantes clínicos suelen estar en torno a 16 y 18 puntos en Progreso y entre 15 y 17 en Obstrucción.



Anexo 2. Evaluación por jueces

Respetado juez:

Usted ha decidido participar en la validación de UN PROGRAMA ONLINE DE INTERVENCIÓN BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO ENFOCADO EN EL DESMANTELAMIENTO DE PATRONES DE PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO PARA SÍNTOMAS EMOCIONALES ASOCIADOS A ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS. Que hace parte del trabajo de grado del estudiante de maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bryan Camilo Aragón Sotelo, el cual se encuentra bajo la asesoría del supervisor de tesis, Juan Camilo Vargas Nieto, Docente de Maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Esta evaluación es de gran relevancia, puesto que mediante ésta se logrará establecer la validez de contenido y de constructo de la aplicación online “ACT Training” dirigida al tratamiento del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales, lo cual aportará significativamente tanto al área investigativa como al área clínica de la psicología y sus aplicaciones. De antemano agradecemos su valiosa colaboración.

Nombre Evaluador	Edith Garzón Quintero
Profesión / Grado de educación formal terminada (especialización, maestría, doctorado)	Magister en Psicología Clínica y de la Salud
Área de desempeño	Clínica

Nombre Evaluador	Claudia Liliana Valencia Granados
Profesión / Grado de educación formal terminada (especialización, maestría, doctorado)	Magister Psicología Clínica y de la Salud
Área de desempeño	Docencia en Psicología Clínica – Terapeuta clínica pacientes

	con alta desregulación emocional
--	----------------------------------

Problema:	PATRONES DE PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO EN CONJUNTO CON SÍNTOMAS EMOCIONALES ASOCIADOS A ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS	ENFOQUE TRANSDIAGNOSTICO
Objetivo:	El uso de herramientas tecnológicas como el programa de intervención online (multiplataformas) basado en Terapia de Aceptación y Compromiso “ACT Training” que permita el desmantelamiento de patrones de pensamiento negativo repetitivo para síntomas emocionales a estudiantes universitarios.	
Alcance:	La población beneficiaría serán estudiantes universitarios que presentan patrones de pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales.	
Población objeto:	Estudiantes universitarios	
Elaborada por:	Nombres de estudiantes: Bryan Camilo Aragón Sotelo	Nombre del Docente Asesor: Juan Camilo Vargas Nieto

REJILLA DE EVALUACIÓN PARA JURADOS

Respetado juez;

Con base a la revisión previa del programa de intervención online “ACT Training”, se solicita realizar la evaluación de la misma con base en los aspectos puntualizados en la tabla denominada *Aspectos Específicos a Evaluar*, para nosotros es fundamental resaltar que el programa de

intervención Online “ACT training” está fundamentado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), una intervención clínica basada en la evidencia. El programa se presenta como un curso de autoayuda que se divide en 6 módulos de terapia a través de los cuales se trabaja de forma parecida a un programa de tratamiento en ACT presencial. Por lo cual partimos de un sustento teórico robusto para su construcción, puesto que se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura que nos permitiera sustentar la inclusión de cada módulo de terapia.

De antemano agradecemos su colaboración.

A continuación, se desglosan pasos importantes a seguir en el momento de la evaluación:

1. Revisar detalladamente cada módulo o sesión, en caso de alguna inquietud consultar con los indicadores de *los módulos incluidos en “ACT training”*
2. Bajo su criterio profesional deberá calificar cada uno de los módulos o sesiones según los aspectos mencionados en la tabla de *Aspectos Específicos a Evaluar*.
3. En la tabla de *Evaluación Cuantitativa*, se espera que usted evalúe cada uno de los módulos o sesiones con una puntuación que oscila entre 1 y 4 según su criterio profesional.
4. En el espacio de observaciones usted podrá expresar la justificación ante la evaluación que le otorgó a cada módulo o especificar sugerencias y aspectos a mejorar.

ASPECTOS A EVALUAR	
Validez de Contenido	Suficiencia de los módulos para la intervención en el dismantelamiento de pensamiento negativo repetitivo para síntomas emocionales.
Validez de Constructo	Pertinencia de los módulos como programa de autoayuda para la intervención en el dismantelamiento de pensamiento negativo repetitivo para síntomas emocionales desde la Terapia de Aceptación y Compromiso.

ASPECTOS ESPECÍFICOS A EVALUAR		
Categoría a evaluar	Descripción	Calificación e indicadores de evaluación

Coherencia del módulo	¿El módulo tiene relación y/o coherencia con el pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales?	<p>1 - No cumple: No tiene relación lógica con estos constructos.</p> <p>2 - Bajo Nivel: Tiene escasa relación con estos constructos.</p> <p>3 - Moderado Nivel: Tiene una relación moderada con estos constructos.</p> <p>4 - Alto nivel: Tiene completa relación con estos constructos.</p>
Relevancia del módulo	¿El módulo es esencial o relevante para prestar el tratamiento clínico adecuado, eficaz y efectivo para el pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales?	<p>1 - No Cumple: El módulo puede ser eliminado sin que sea afectada la intervención.</p> <p>2 - Bajo Nivel: El módulo tiene alguna relevancia, más no es sumamente necesario para la intervención.</p> <p>3 - Moderado Nivel: El módulo es relevante para la intervención.</p> <p>4 - Alto Nivel: El módulo es de suma relevancia para la intervención.</p>
Claridad del módulo	¿El módulo está justificado de manera adecuada, para su fácil interpretación y aplicación?	<p>1 -No Cumple: No es clara la justificación del módulo.</p> <p>2 - Bajo Nivel: El módulo requiere bastantes modificaciones para lograr mayor claridad en su justificación.</p> <p>3 - Moderado Nivel: El módulo requiere pocas modificaciones para lograr mayor claridad en su justificación.</p> <p>4 - Alto Nivel: La justificación del módulo es clara.</p>
Suficiencia de ACT Training	¿Los módulos propuestos son suficientes para el tratamiento del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales?	<p>1 - No Cumple: Los módulos son insuficientes para el tratamiento del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales.</p> <p>2 - Bajo Nivel: Los módulos responden a muy pocos síntomas del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales.</p> <p>3 – Medio Nivel: Se deben incluir otros módulos para el tratamiento del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales.</p> <p>4 - Alto Nivel: Los módulos son suficientes para el tratamiento del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales.</p>

MÓDULOS INCLUIDOS EN ACT Training

- *Por favor tenga en cuenta los indicadores de cada calificación, expuestos en la tabla anterior.*

Nombre del Juez: Edith Garzón Quintero

Sesión 1 (Desesperanza creativa)	Calificación cuantitativa del módulo			
Derivación de tracks que especifican las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso y el costos de evitación experiencial	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Establecer el contexto para realizar una intervención breve, (2) Exposición del esquema de trabajo y establecimiento de la preocupación/rumia como el foco de la evaluación e intervención, (3) Identificación de la jerarquía de disparadores de preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales, (4) Analizar otras estrategias de evitación experiencial a las que da lugar el patrón de preocupación/rumia, (5) Contactar con las consecuencias de la preocupación/rumia y las restantes estrategias de evitación experiencial.	4	4	4	En varios apartados de los videos se hace referencia a “lo valioso”, pero no es claro a qué se hace referencia con ello. Si bien esto amplía en la sesión 5 cuando se profundiza en el tema de valores, considero que sería importante hacer referencia a lo que se entiende por “valioso” en el marco de esta intervención, a manera de contexto y para iniciar el tratamiento.

Sesión 2 (Evitación experiencial)	Calificación cuantitativa del módulo			
Derivación de tracks que especifiquen las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso y el costos de evitación experiencial	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Resumen breve de la sesión pasada con el fin de contactar con problema emocional actual (2) Evaluando el costo de la evitación experiencial y conectando con valores (3) Introducción de una metáfora que resume y amplifica las consecuencias del patrón de evitación experiencial y propone una alternativa basada en discriminar el proceso de preocupación/rumia, tomar perspectiva y contactar con direcciones y acciones valiosas.	4	4	4	Sugiero ampliar los conceptos de evitación y reacción. Esto porque en el módulo se hace referencia a que las estrategias de evitación pueden resultar dolorosas en sí mismas, y se usan como ejemplos el consumo de drogas o la disociación. Agregaría un par de ejemplos más cotidianos/concretos para que el consultante note que hay maneras de evitar que a veces no se identifican como tal, y que aunque no parezcan tan complejas (como la disociación o el consumo), también son formas de evitación que lo alejan de los valores. En algún apartado del video se hace referencia a “reacciones” sin especificar qué es una reacción: puede ser una conducta, una interpretación, sería importante mencionar tipos de reacciones comunes que tenemos frente a las emociones, a modo de contexto. Sugiero incluir ejercicios de aceptación, pues el concepto se aborda pero este es un proceso que puede ser complejo para algunos consultantes y hay ejercicios y metáforas que pueden incrementar su comprensión.

Sesión 3 (Mindfulness)	Calificación cuantitativa del módulo			
Enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el deíctico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Introducción al mindfulness y la importancia del mismo dentro de la terapia (2) Realizar múltiples ejercicios mindfulness para practicar la capacidad de esta enfocado en el aquí y en el ahora (3) Descripción de la experiencia mindfulness en cuanto a prácticas formales e informales (4) Incentivar la practica constante.	4	4	4	Sugiero incluir en las recomendaciones información relacionada con el tiempo dedicado a la práctica y/o a los ejercicios propuestos. Específicamente recomendar a los consultantes, por ejemplo, que pueden iniciar con periodos de tiempo cortos para ir fortaleciendo la habilidad, y luego podrían ir ampliando su duración. Esto porque en algunos consultantes ocasionalmente ocurre que les cuesta al inicio una práctica muy larga, entonces se puede sugerir iniciar de manera gradual.

Sesión 4 (Defusión)	Calificación cuantitativa del módulo			
Enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el deíctico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Realizar múltiples ejercicios de difusión para practicar la habilidad a modo de entrenamiento en múltiples ejemplos (2) Descripción de la experiencia.	4	4	4	Excelentes ejercicios.

Sesión 5 (Valores 1)	Calificación cuantitativa del módulo			
Especificar funciones augmental apetitivas relacionados con reforzadores abstractos y acciones en coordinación con ellos	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Definir los valores y la importancia dentro de la terapia (2) Especificar los valores del participante o consultante (3) Especificar las acciones que lo acercan a cada valor (4) Conectar con obstáculos que no permitan la acción comprometida (5) Programación de actividades durante la semana.	4	4	4	Muy importante la planeación semanal que permite al consultante concretar acciones valiosas.

Sesión 6 (Valores 2)	Calificación cuantitativa del módulo			Observaciones
Especificar funciones augmental apetitivas relacionados con reforzadores abstractos y acciones en coordinación con ellos	Coherencia	Relevancia	Claridad	
(1) Revisión de la experiencia relacionada con los valores (2) Programación de valores durante las próximas semanas (3) cierre de la terapia e incentivar el uso de estrategias que permitan elegir acciones dirigidas hacia la aceptación y el compromiso.	4	4	4	

Suficiencia de la ACT Training	Evaluación Cuantitativa	Observaciones
¿Los módulos propuestos en ACT Training son suficientes para el tratamiento del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales?	4	Sugiero plantear algún tipo de seguimiento, después de un número de semanas que ustedes determinen pertinentes, para evaluar si el consultante ha encontrado dificultades concretas, requiere fortalecer alguna práctica, ha implementado nuevas actividades, entre otros factores a considerar en un seguimiento.

Nombre del Juez: Claudia Liliana Valencia Granados

Sesión 1 (Desesperanza creativa)	Calificación cuantitativa del módulo			
Derivación de tracks que especifican las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso y el costos de evitación experiencial	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
1) Establecer el contexto para realizar una intervención breve, (2) Exposición del esquema de trabajo y establecimiento de la preocupación/rumia como el foco de la evaluación e intervención, (3) Identificación de la jerarquía de disparadores de preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales, (4) Analizar otras estrategias de evitación experiencial a las que da lugar el patrón de preocupación/rumia, (5) Contactar con las consecuencias de la preocupación/rumia y las restantes estrategias de evitación experiencial.	4	4	4	<p>-El guión es claro, evidencia credibilidad y es fácil de comprender.</p> <p>-Se explica con claridad los factores que acercan o alejan de lo que es valioso para cada persona.</p> <p>-Las ayudas de dibujos ayudan a que el video sea más fresco y no monótono</p> <p>-En el minuto 3 se refiere de acciones que llevan “hacia arriba y hacia abajo” aunque previamente se había explicado lo que aleja y acerca, creo que podría generar confusiones, valdría la pena complementarlo en este momento con unas frases que salgan en el video clarificando que hacia arriba es acercarse a valores y hacia abajo alejarse</p> <p>-Las preguntas y los párrafos escritos son muy útiles para favorecer la comprensión del contenido y la puesta en práctica de las recomendaciones</p> <p>En el ultimo video se resumen varias cosas importantes, aunque me da la sensación de que se habla como si obligatoriamente al paciente le pasaran estas situaciones ante los pensamientos y tal vez podría ser que no, ej: “en ese tiempo tu no haces las cosas que son importantes para tu vida”</p>

Sesión 2 (Evitación experiencial)	Calificación cuantitativa del módulo			
Derivación de tracks que especifiquen las consecuencias problemáticas de responder en coordinación con las funciones discriminativas de los eventos en curso y el costos de evitación experiencial	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Resumen breve de la sesión pasada con el fin de contactar con problema emocional actual (2) Evaluando el costo de la evitación experiencial y conectando con valores (3) Introducción de una metáfora que resume y amplifica las consecuencias del patrón de evitación experiencial y propone una alternativa basada en discriminar el proceso de preocupación/rumia, tomar perspectiva y contactar con direcciones y acciones valiosas.	4	4	4	<p>Adecuado el resumen que se hace de sesión anterior</p> <p>Las preguntas y ejercicios orientan hacia el objetivo de la sesión</p>

Enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el déictico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Introducción al mindfulness y la importancia del mismo dentro de la terapia (2) Realizar múltiples ejercicios mindfulness para practicar la capacidad de esta enfocado en el aquí y en el ahora (3) Descripción de la experiencia mindfulness en cuanto a prácticas formales e informales (4) Incentivar la practica constante.	4	4	4	Los ejercicios son claros, prácticos y pueden ser realizados fácilmente en diferentes momentos por parte de los pacientes. Las preguntas propuestas favorecen aprendizaje de la herramienta. Hay variados audios que ayudan al usuario a practicar la estrategia. Los audios tienen de fondo música suave que favorece el ejercicio. Además se le propone que siga practicando estos audios en todas las sesiones.

Sesión 4 (Defusión)	Calificación cuantitativa del módulo			
Enmarcar los eventos privados problemáticos en jerarquía con el déictico “Yo” como alternativa a responder en coordinación con sus funciones discriminativas	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Realizar múltiples ejercicios de difusión para practicar la habilidad a modo de entrenamiento en múltiples ejemplos (2) Descripción de la experiencia.	4	4	4	Los ejercicios que acompañan la sesión favorecen la comprensión de los conceptos y la toma de perspectiva de eventos privados Los audios son claros, favorecen que el usuario identifique y note pensamientos y dejarlos estar o pasar.

Sesión 5 (Valores 1)	Calificación cuantitativa del módulo			
Especificar funciones augmental apetitivas relacionados con reforzadores abstractos y acciones en coordinación con ellos	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Definir los valores y la importancia dentro de la terapia (2) Especificar los valores del participante o consultante (3) Especificar las acciones que lo acercan a cada valor (4) Conectar con obstáculos que no permitan la acción comprometida (5) Programación de actividades durante la semana.	4	4	4	La sesión es clara, ayuda a clarificar valores en el participante, muestra la importancia de los mismos y de las acciones comprometidas. Además fue super clave realizar preguntas que permitieran reflexionar al usuario sobre los jefes que pueden interponerse entre las acciones y los valores, así como que acciones puede realizar cuando estos jefes se presenten.

Sesión 6 (Valores 2)	Calificación cuantitativa del módulo			
Especificar funciones augmental apetitivas relacionados con reforzadores abstractos y acciones en coordinación con ellos	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
(1) Revisión de la experiencia relacionada con los valores (2) Programación de valores durante las próximas semanas (3) cierre de la terapia e incentivar el uso de estrategias que permitan elegir acciones dirigidas hacia la aceptación y el compromiso.	4	4	4	Se realiza una reflexion general que integra las sesiones, esto es muy importante para favorecer la adherencia de lo aprendido. Muy pertinente que se retoman conceptos básicos del programa.

Suficiencia de la ACT Training	Evaluación Cuantitativa	Observaciones
¿Los módulos propuestos en ACT Training son suficientes para el tratamiento del pensamiento negativo repetitivo y síntomas emocionales?	4	